

**VOTRE RÉGIME
D'ASSURANCE COLLECTIVE**
CSQ



**À la disposition des membres des syndicats
affiliés à la Centrale des syndicats du Québec**

Contrat J9999 • Janvier 2015

Veillez noter que, 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 qui s'appliquent au 1^{er} janvier 2015.

This booklet is available in English.

Table des matières

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
1.1 Définitions	1
1.2 Admissibilité à l'assurance.....	5
1.3 Participation à l'assurance.....	8
1.4 Entrée en vigueur de l'assurance en vertu des régimes	14
1.5 Changement de protection	19
1.6 Changement de régime d'assurance maladie.....	26
1.7 Fin de protection.....	28
1.8 Exonération des primes.....	30
1.9 Congé sans traitement.....	34
1.10 Autres congés	35
1.11 Mise à pied ou fin de contrat	36
1.12 Congédiement, non-réengagement, renvoi, suspension	38
1.13 Droit de transformation.....	39
1.14 Régimes disponibles pour les personnes retraitées	41
1.15 Dispositions particulières pour certaines catégories de personnel ...	41
2- RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	46
2.1 Description des garanties	46
2.2 Exclusions et limitation.....	62
3- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 1 DE SOINS DENTAIRES	64
3.1 Frais admissibles	64
3.2 Soins dentaires préventifs	64
3.3 Soins dentaires de base.....	67
3.4 Soins de restauration majeure.....	69
3.5 Franchise commune – soins dentaires de base et soins de restauration majeure.....	71
3.6 Préalautorisation des traitements dentaires	71
3.7 Remboursement maximal relatif aux soins dentaires	71
3.8 Restrictions liées aux soins dentaires	72
3.9 Exclusions liées aux soins dentaires	72

4- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 D'ASSURANCE	
SALAIRE DE LONGUE DURÉE.....	74
4.1 Choix de régime.....	74
4.2 Début du paiement de la rente d'invalidité.....	74
4.3 Montant de la rente d'invalidité.....	75
4.4 Réduction de la rente d'invalidité.....	75
4.5 Indexation de la rente d'invalidité.....	78
4.6 Durée de la rente d'invalidité.....	78
4.7 Période d'invalidité totale.....	78
4.8 Emploi de réadaptation.....	78
4.9 Exclusions.....	78
5- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 D'ASSURANCE VIE.....	80
5.1 Assurance vie de la personne adhérente.....	80
5.2 Assurance vie de base des personnes à charge.....	82
5.3 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe.....	82
5.4 Bénéficiaire.....	83
6- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	84
6.1 Frais hospitaliers.....	84
6.2 Frais de médicaments.....	84
6.3 Autres frais d'assurance maladie.....	85
6.4 Frais d'assurance soins dentaires.....	86
6.5 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile.....	87
6.6 Assurance vie.....	87
6.7 Assurance salaire de longue durée.....	87
6.8 Où envoyer vos demandes de prestations.....	87
6.9 Services Internet de SSQ.....	88
6.10 Services mobiles de SSQ.....	89
6.11 Dossier et renseignements personnels.....	89

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 Définitions

1.1.1 Enfant à charge

- un enfant de la personne employée, de sa personne conjointe, ou des 2;
- un enfant habitant avec la personne employée et pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises; ou
- un enfant à l'égard duquel la personne employée ou sa personne conjointe exerce une autorité parentale (ou l'exercerait si l'enfant était mineur).

Dans tous les cas, l'enfant est non marié ni uni civilement, réside ou est domicilié au Canada, dépend de la personne employée pour son soutien et répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- a) est âgé de moins de 18 ans;
- b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein une maison d'enseignement reconnue, à titre d'étudiant dûment inscrit.

Un enfant à charge, dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans inclusivement, en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne employée remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à SSQ et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

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 Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier);

- c) quel que soit son âge, a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

Toute personne atteinte de déficience fonctionnelle, telle que définie dans le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, est également considérée en invalidité totale.

1.1.2 Invalidité totale

Pour la personne détenant le « Régime A » d'assurance salaire de longue durée :

L'état d'incapacité résultant d'une maladie, y incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui nécessite des soins médicaux et qui, pendant **les 48 premiers mois** d'invalidité, empêche complètement la personne employée d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur et, après les 48 premiers mois d'invalidité, empêche complètement la personne d'exercer tout travail rémunérateur auquel son éducation, sa formation et son expérience l'ont raisonnablement préparée.

Pour la personne détenant le « Régime B » d'assurance salaire de longue durée :

L'état d'incapacité résultant d'une maladie, y incluant une intervention chirurgicale reliée directement à la planification familiale, d'un accident ou d'une complication d'une grossesse, qui nécessite des soins médicaux et qui empêche complètement la personne d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

1.1.3 Période d'invalidité totale

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident séparées par moins de 22 jours consécutifs de travail effectif à plein salaire ou de disponibilité pour un tel travail (cette période de 22 jours consécutifs est remplacée par une période de 8 jours consécutifs si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail est égale ou inférieure à 3 mois de calendrier). Toute invalidité totale résultant d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

Pour le personnel suivant, la période de 22 jours mentionnée précédemment est remplacée comme suit :

- **enseignantes et enseignants de commissions scolaires** : période de 35 jours;
- **personnel de soutien de commissions scolaires** : période de 32 jours;
- **personnel professionnel de commissions scolaires** : période de 35 jours;
- **enseignantes et enseignants de cégeps** : période de 32 jours;
- **personnel de soutien des cégeps** : période de 32 jours;
- **personnes employées du secteur de la santé et des services sociaux** : période de 15 jours si la durée de l'invalidité totale est inférieure à 78 semaines ou de 45 jours si la durée de l'invalidité totale est égale ou supérieure à 78 semaines.

La période au cours de laquelle une personne adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse et approuvé par la CSST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale aux fins des présentes.

1.1.4 **Personne à charge**

Les personnes à charge d'une personne employée sont sa personne conjointe et ses enfants à charge ou, selon le cas, sa personne conjointe ou ses enfants à charge.

1.1.5 **Personne adhérente**

Toute personne employée qui participe à l'assurance collective.

1.1.6 **Personne assurée**

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

1.1.7 **Personne conjointe**

La personne qui l'est devenue à la suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contracté au Québec ou ailleurs et reconnu comme valable par les lois du Québec, ou par le fait pour une personne de résider **en permanence** depuis plus d'un an (aucune période minimale de temps requise dans le cas où un enfant est issu de leur union ou dans le cas où des procédures légales d'adoption sont entreprises) avec une personne de sexe

différent ou de même sexe qu'elle présente ouvertement comme sa personne conjointe.

La dissolution par divorce ou l'annulation du mariage ou la dissolution ou l'annulation de l'union civile fait perdre ce statut de personne conjointe de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois. dans le cas d'une union de fait (un mariage non légalement contracté).

La désignation d'une nouvelle personne à titre de personne conjointe prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme personne conjointe.

Veillez aviser SSQ par écrit de tout changement relatif à votre personne conjointe de manière à corriger le dossier d'assurance en conséquence.

1.1.8 Personne employée

Toute personne qui est visée par une entente nationale ou par une convention collective de travail conclue avec un syndicat affilié à la CSQ ou en entente de service et qui fait partie de l'une des catégories suivantes :

- le personnel enseignant à l'emploi d'une commission scolaire ou d'un cégep;
- le personnel professionnel et de soutien d'une commission scolaire ou d'un cégep;
- le personnel de la santé et des services sociaux;
- le personnel faisant partie de tout autre groupe accepté par le preneur du contrat.

L'entente nationale ou la convention collective applicable détermine les critères d'admissibilité au régime d'assurance collective CSQ.

1.1.9 Statut de protection

Le statut **individuel** protège la personne employée seulement.

Le statut **monoparental** protège la personne employée et ses enfants à charge.

Le statut **familial** protège la personne employée, sa personne conjointe et leurs enfants à charge, s'il y a lieu.

1.1.10 Traitement annuel (pour fins d'assurance)

La rémunération en monnaie courante calculée sur une base annuelle, selon la convention collective qui s'applique, incluant les primes pour disparités régionales et toute rétroactivité salariale, mais excluant tout boni, toute rétribution de temps supplémentaire et toute prime de séparation. Cette rémunération est basée sur le traitement annuel servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective.

Pour toute personne employée à temps partiel, le traitement est calculé au prorata du temps qu'elle travaille par rapport à la semaine régulière de la personne employée à temps plein. Toutefois, pour la personne enseignant à temps partiel, le traitement est calculé au prorata de la charge d'enseignement qu'elle assume par rapport à la charge individuelle d'enseignement à temps plein.

Pour tous les cas, le traitement annuel utilisé pour fins de cotisation de la prime est celui défini aux paragraphes précédents alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement de la prestation est celui défini aux paragraphes précédents, sans toutefois jamais être inférieur à 14 400 \$.

Pour les personnes salariées du **secteur de la santé et des services sociaux**, la présente définition est remplacée par celle indiquée au point 1.15.2 b).

Pour le **personnel de soutien des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes**, la présente définition est remplacée par celle indiquée au point 1.15.3 d).

1.1.11 Traitement mensuel (pour fins d'assurance)

1/12 du traitement annuel, et ce, même pour la personne employée qui reçoit son traitement annuel sur une période de 10 mois.

1.2 Admissibilité à l'assurance

1.2.1 Admissibilité de la personne employée

Une personne employée est admissible aux régimes d'assurance à compter de la date à laquelle elle devient une personne employée selon les dispositions de l'entente nationale ou de la convention collective applicable.

Pour le personnel du secteur de la santé et des services sociaux, les salariées ou salariés travaillant à 25 % ou moins du temps complet et qui ne participent pas aux régimes d'assurance conformément aux dispositions de l'entente nationale sont admissibles au régime maladie 1 seulement.

1.2.2 Admissibilité de la personne à charge

Toute personne à charge est admissible aux régimes d'assurance comportant une protection pour personne à charge, soit à la même date que la personne employée si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle devient une personne à charge de la personne employée.

1.2.3 Particularités pour le régime de soins dentaires

a) *Admissibilité*

Est admissible au régime de soins dentaires la personne employée dont le régime de soins dentaires est en vigueur dans le groupe auquel elle appartient.

b) *Mise en vigueur et maintien du régime*

Pour que le régime de soins dentaires soit mis en vigueur au sein d'un groupe, un vote à cet effet doit être tenu auprès des membres.

- Si le taux d'adhésion des personnes admissibles dans le groupe est d'au moins 40 %, la mise en vigueur du régime dans ce groupe a lieu le 1^{er} janvier de l'année suivante.
- Si le taux d'adhésion des personnes admissibles dans le groupe est inférieur à 40 %, la mise en vigueur du régime dans ce groupe n'a pas lieu. Le vote ne peut être repris avant 12 mois.

Pour tous les groupes où le régime est en vigueur :

Le régime doit rester en vigueur au moins 48 mois.

Le 1^{er} avril de chaque année, une lecture du taux de participation est effectuée pour chaque groupe :

- Si le taux de participation est d'au moins 40 %, le régime se poursuit dans ce groupe.
- Si le taux de participation est inférieur à 40 %, il y a reprise de vote dans ce groupe au cours du mois de septembre :

- Si, au début du mois de novembre, le taux de participation à la suite de la reprise du vote est d'au moins 40 %, le régime se poursuit dans ce groupe;
- Si, au début du mois de novembre, le taux de participation à la suite de la reprise du vote est inférieur à 40 %, le régime prend fin dans ce groupe au 31 décembre suivant la date de la reprise du vote.

1.2.4 Particularités pour le régime d'assurance salaire de longue durée

a) *Admissibilité*

Les personnes employées couvertes par le régime d'assurance salaire de la convention collective ou par un régime d'assurance salaire de courte durée sont admissibles au régime d'assurance salaire de longue durée.

b) *Mise en vigueur du régime*

Pour une personne adhérente, le choix effectué par le syndicat auquel elle appartient parmi les régimes A ou B, selon ce qui est prévu au point 1.1.2, constitue le régime d'assurance salaire de longue durée.

Une fois le choix effectué par le syndicat et sous réserve des règles de participation à l'assurance décrites au point 1.3.3, chacune des personnes employées admissibles doit adhérer au régime. Une personne employée ne peut adhérer à un régime qui n'a pas été choisi par le syndicat auquel elle appartient.

Le choix d'un syndicat parmi les régimes A ou B est irrévocable jusqu'au 1^{er} janvier qui suit l'échéance d'une période de 36 mois après la date d'entrée en vigueur du régime choisi.

Malgré ce qui précède, une personne employée membre d'un syndicat ayant décidé de se désaffilier, de mettre fin à son entente de service avec la CSQ ou de changer d'allégeance syndicale selon les dispositions prévues dans la loi n'a accès qu'au Régime A. Pour les personnes qui étaient assurées en vertu du Régime B, la participation au Régime A débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la fin d'une période de 30 jours commençant à la date d'un avis écrit à cette fin transmis par le preneur du contrat à SSQ.

1.3 Participation à l'assurance

Pour faire connaître les régimes auxquels elle désire participer ou pour s'en exempter, la personne employée doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » disponible chez son employeur et le faire parvenir à ce dernier. L'employeur transmet ensuite le formulaire à SSQ.

1.3.1 Régime d'assurance maladie

a) *Caractère obligatoire*

Toute personne employée admissible au régime d'assurance maladie doit **obligatoirement** y participer à moins de se prévaloir du droit d'exemption décrit au point 1.3.1 b).

La personne employée admissible doit participer à l'un ou l'autre des 3 régimes d'assurance maladie suivants :

- régime maladie 1; ou
- régime maladie 2; ou
- régime maladie 3.

Important

La durée minimale de participation* est de 12 mois pour le régime maladie 2 et de 24 mois pour le régime maladie 3.

****Durée minimale de participation***

La durée minimale de participation de 12 mois ou de 24 mois prévue précédemment n'est pas interrompue pendant un congé sans traitement ou une période consécutive à une mise à pied ou une fin de contrat lorsque la personne adhérente choisit de conserver le régime maladie 1 seulement (selon ce qui est prévu aux points 1.9.1 et 1.11.1).

Au Québec, si la personne employée n'est pas assurée par le régime de sa personne conjointe ou par un autre régime d'assurance collective, elle est dans l'obligation de s'assurer en vertu du régime d'assurance maladie de la CSQ. Aussi, si sa personne conjointe et ses enfants à charge ne sont pas assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments, ils doivent obligatoirement s'assurer en vertu du régime d'assurance maladie de la CSQ.

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans :

Vous conservez l'ensemble des garanties offertes par le régime d'assurance maladie de la CSQ, y compris les médicaments, sans modification de primes.

Lorsque votre personne conjointe assurée atteint l'âge de 65 ans :

Vous devez informer le Service à la clientèle de SSQ de votre intention de continuer à couvrir votre personne conjointe de 65 ans pour l'ensemble des garanties offertes par le régime d'assurance maladie de la CSQ, y compris les médicaments, sans modification de primes.

ATTENTION :

Dans les 2 situations, étant donné que tout résident du Québec qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments (RPAM), vous-même et votre personne conjointe, le cas échéant, devez communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin de vous désengager de ce régime et éviter de payer la prime du RPAM.

b) *Droit d'exemption*

Une personne employée peut choisir de ne pas participer ou cesser sa participation au régime d'assurance maladie à condition qu'elle établisse qu'elle est assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant des prestations similaires.

La personne adhérente qui participe au régime maladie 2 ou au régime maladie 3 peut choisir de s'exempter de participer, même si la période minimale de participation de 12 ou 24 mois n'est pas complétée.

Le droit d'exemption entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates suivantes :

- Pour une personne employée nouvellement admissible, si l'employeur reçoit la demande d'exemption dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité :

L'exemption prend effet rétroactivement à la date d'admissibilité.

- En cours d'assurance, si l'employeur reçoit la demande d'exemption dans les 30 jours suivant le début de l'assurance permettant l'exemption :

L'exemption prend effet rétroactivement à la date de début de l'assurance permettant l'exemption.

- Si l'employeur reçoit la demande d'exemption plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou de début de l'assurance permettant l'exemption :

L'exemption prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.

c) *Terminaison d'exemption*

La personne employée exemptée de participer au régime d'assurance maladie qui démontre qu'elle n'est plus admissible au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption peut réintégrer le régime d'assurance maladie selon les conditions suivantes :

- Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption dans les 30 jours suivant la fin de l'admissibilité au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption :

La personne employée peut alors choisir le régime qui lui convient (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) selon le statut de protection désiré (individuel, monoparental ou familial). L'assurance en vertu du régime choisi entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

- Si l'employeur reçoit la demande de terminaison d'exemption plus de 30 jours après la fin de l'admissibilité au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption :

Le régime maladie 1 entre alors en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ, selon le statut de protection désiré (individuel, monoparental ou familial).

La participation au régime maladie 2 ou au régime maladie 3 est assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité. L'assurance en vertu de ces régimes prend

effet le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

1.3.2 Régime de soins dentaires

a) *Caractère facultatif*

La participation est facultative pour toute personne employée admissible au régime de soins dentaires et qui appartient à un groupe* dans lequel ce régime est en vigueur.

* Ce groupe est désigné chez SSQ par un numéro à 5 caractères débutant par la lettre J (exemple : J9120). Les 4 premiers caractères servent à identifier le numéro de groupe aux fins d'admissibilité au régime. Ce numéro est souvent associé à un syndicat, à une association ou à un établissement et figure sur le certificat d'assurance de la personne adhérente.

b) *Durée minimale de participation*

La durée minimale de participation de la personne adhérente au régime de soins dentaires est de 48 mois.

Toutefois, une personne adhérente peut terminer sa participation au régime pendant cette période minimale de 48 mois, si elle démontre à la satisfaction de SSQ qu'elle est couverte par un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance soins dentaires. Par la suite, si elle choisit de participer de nouveau au régime de soins dentaires, une nouvelle période minimale de participation de 48 mois débute à compter de la nouvelle date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu du régime.

La durée minimale de participation n'est pas interrompue pendant un congé sans traitement ou une période consécutive à une mise à pied ou une fin de contrat lorsque la personne adhérente choisit de conserver le régime maladie 1 seulement (selon ce qui est prévu aux points 1.9.1 et 1.11.1).

Pour que la participation à l'assurance soit rétablie à la suite d'une interruption d'assurance, le régime de soins dentaires doit toujours être en vigueur dans le groupe auquel appartient la personne adhérente à la date de son retour au travail.

1.3.3 Régime d'assurance salaire de longue durée

a) *Caractère obligatoire*

La participation est obligatoire pour toute personne employée admissible au régime d'assurance salaire de longue durée, sous réserve du droit de renonciation décrit au point 1.3.3 b) ci-après.

À la suite d'une absence temporaire du travail au cours de laquelle la participation au présent régime n'a pas été conservée, la personne adhérente se voit accorder à la date de son retour au travail celui des régimes A ou B qui est alors en vigueur pour le syndicat auquel elle appartient.

b) *Droit de renonciation*

Une personne employée peut refuser de participer ou terminer sa participation au régime d'assurance salaire de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

- participer exclusivement au Régime de retraite des enseignants (RRE), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite de certains enseignants (RRCE);
- participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 ans de service ou plus;
- être âgée de 53 ans ou plus;
- être membre d'une corporation professionnelle et être assurée en vertu d'un régime d'assurance salaire de longue durée offert par cette corporation professionnelle en autant que cette assurance soit équivalente à celle fournie par le régime d'assurance salaire de longue durée;
- avoir signé une entente de départ pour la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a 2 ans ou moins entre la date de renonciation et la date de départ.

Si la personne employée désire se prévaloir du droit de renonciation, elle doit faire parvenir à SSQ, par le biais de son employeur, le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée » dûment rempli. La renonciation prend effet le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.

Important

Si vous vous prévalez du droit de renonciation, vous ne pourrez plus réintégrer le régime d'assurance salaire de longue durée par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

Toutefois, dans le cas où vous avez déjà renoncé à l'assurance salaire de longue durée, mais que vous êtes réembauchée ou réembauché, vous devez remplir de nouveau le formulaire de renonciation et le faire parvenir à SSQ.

1.3.4 Régime d'assurance vie**a) Caractère obligatoire avec droit de retrait**

La participation à l'assurance vie de la personne adhérente est obligatoire pour un montant minimal de protection de 10 000 \$ pour toute personne employée admissible au régime d'assurance vie, à moins qu'elle se prévale du droit de retrait décrit au point 1.3.4 b) ci-après.

La participation à un montant de protection en excédent du montant minimal de 10 000 \$ de l'assurance vie de la personne adhérente ainsi que la participation aux autres protections d'assurance vie sont facultatives.

Lors de son adhésion, la personne peut choisir l'une des protections suivantes :

- assurance vie de la personne adhérente (montant de protection en excédent du montant minimal de 10 000 \$);
- assurance vie de base des personnes à charge;
- assurance vie de la personne adhérente (montant de protection en excédent du montant minimal de 10 000 \$) et assurance vie de base des personnes à charge;
- assurance vie de base des personnes à charge et assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- assurance vie de la personne adhérente (montant de protection en excédent du montant minimal de 10 000 \$), assurance vie de base des personnes à charge et assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

b) *Droit de retrait*

La personne adhérente bénéficie d'un délai maximal de 180 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du montant de protection de 10 000 \$ de l'assurance vie de la personne adhérente pour faire une demande de retrait de cette protection.

Si l'employeur reçoit la demande de retrait :

i) Dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du montant de protection :

L'assurance vie de la personne adhérente cesse à la date à laquelle elle est entrée en vigueur.

ii) Plus de 30 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'entrée en vigueur du montant de protection :

L'assurance vie de la personne adhérente cesse le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

iii) Plus de 180 jours après la date d'entrée en vigueur du montant de protection :

Le montant minimal de protection de 10 000 \$ de l'assurance vie de la personne adhérente demeure en vigueur.

1.4 Entrée en vigueur de l'assurance en vertu des régimes

Pour que l'assurance en vertu de chacun des régimes entre en vigueur à l'une ou l'autre des dates spécifiées dans les tableaux ci-après, la personne employée doit être en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi à cette date; sinon, l'assurance prend effet à la date de son retour au travail ou le 1^{er} janvier suivant la date de son retour au travail pour l'assurance soins dentaires lorsque la demande d'adhésion est reçue par l'employeur plus de 30 jours après la date d'admissibilité.

Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), les délais de 30 jours et de 180 jours indiqués dans les tableaux qui suivent s'appliquent à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

1.4.1 Date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu des régimes d'assurance maladie, de soins dentaires et d'assurance salaire de longue durée

Régime	Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur	Plus de 30 jours après la date d'admissibilité
Assurance maladie	<p>Dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité</p> <p>L'assurance en vertu du régime choisi (maladie 1, maladie 2 ou maladie 3) entre en vigueur à la date d'admissibilité, selon le statut de protection demandé (individuel, monoparental ou familial).</p> <p>Si la personne employée a demandé de s'exempter de participer au régime d'assurance maladie, l'exemption entre en vigueur à la date d'admissibilité.</p>	<p>Le régime maladie 1 est octroyé par défaut avec un statut de protection individuel, à compter de la date d'admissibilité.</p> <p>a) Si la personne employée a demandé le statut de protection monoparental ou familial, celui-ci est accordé dans le régime maladie 1 à compter du premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ;</p> <p>b) Si la personne employée a demandé de s'exempter de participer au régime d'assurance maladie, l'exemption entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ;</p> <p>c) Si le régime demandé est maladie 2 ou maladie 3, l'obtention de celui-ci est assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.</p>

Régime	Dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité	Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur
Assurance soins dentaires	L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité, selon le statut de protection demandé (individuel, monoparental ou familial).	Plus de 30 jours après la date d'admissibilité
	<p>Note : le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) peut être différent de celui choisi pour le régime d'assurance maladie.</p> <p>Une personne employée qui est exemptée de participer au régime d'assurance maladie peut tout de même participer à l'assurance soins dentaires.</p>	
Assurance salaire de longue durée	L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité.	

1.4.2 Date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu du régime d'assurance vie

Protection	Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur		
	Dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 30 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'admissibilité	Plus de 180 jours après la date d'admissibilité
Assurance vie de la personne adhérente	<p>Un montant de protection de 10 000 \$ entre en vigueur à la date d'admissibilité, sous réserve du droit de retrait.</p> <p>La personne adhérente peut remplacer le montant de protection de 10 000 \$ par un montant de 25 000 \$ ou de 50 000 \$ sans preuves d'assurabilité. Le montant choisi entre en vigueur à la date d'admissibilité.</p> <p>Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ sont assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.</p>	<p>Un montant de protection de 10 000 \$ entre en vigueur à la date d'admissibilité, sous réserve du droit du retrait.</p> <p>La personne adhérente peut remplacer le montant de protection de 10 000 \$ par un montant de 25 000 \$ ou de 50 000 \$ sans preuves d'assurabilité. Le montant choisi entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.</p> <p>Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ sont assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.</p>	<p>Un montant de protection de 10 000 \$ entre en vigueur à la date d'admissibilité.</p> <p>Les montants de protection supérieurs à 10 000 \$ sont assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 10 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.</p>

		Date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur	
Protection		Dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité	Plus de 30 jours et moins de 180 jours inclusivement après la date d'admissibilité
Assurance vie de base des personnes à charge		L'assurance est disponible sans preuves d'assurabilité et entre en vigueur à la date d'admissibilité.	L'assurance est disponible sans preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.
<p>Note : la personne adhérente peut participer à l'assurance vie de base des personnes à charge même si elle a exercé son droit de retrait pour l'assurance vie de la personne adhérente.</p>			
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe		<p>L'assurance est disponible seulement si l'assurance vie de base des personnes à charge est en vigueur.</p> <p>La personne adhérente peut demander de 1 à 10 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie. Cette assurance est assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.</p>	

1.5 Changement de protection

1.5.1 Augmentation du statut de protection

a) Régimes d'assurance maladie et de soins dentaires

La personne adhérente peut augmenter son **statut de protection** d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection individuel pour un statut de protection monoparental ou familial;
- modifier son statut de protection monoparental pour un statut de protection familial.

L'augmentation du statut de protection ne peut se faire que lorsqu'il y a reconnaissance de nouvelles personnes à charge à la suite d'un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à l'employeur.

Le statut de protection choisi par la personne adhérente pour le régime d'assurance maladie peut être différent de celui choisi pour le régime de soins dentaires, s'il y a lieu.

Entrée en vigueur du nouveau statut de protection

Régime d'assurance maladie

- i) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 30 jours suivant la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement.

- ii) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » plus de 30 jours après la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.

Veillez noter que le nouveau statut de protection entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment en i) et ii) si, à cette date :

- la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi;
ou
- la personne employée n'est pas en service ou n'est pas en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi, mais démontre que les nouvelles personnes à charge qu'elle désire couvrir en vertu de ce régime ne sont pas admissibles à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments;

sinon, le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de son retour au travail.

Entrée en vigueur du nouveau statut de protection

Régime de soins dentaires

- i) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 30 jours suivant la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement.

- ii) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » plus de 30 jours après la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de réception de la demande par SSQ.

Veillez noter que le nouveau statut de protection entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment en i) et ii) si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi. Sinon, le nouveau statut de protection entre en vigueur :

- à la date du retour au travail de la personne employée si l'employeur reçoit la demande comme il est décrit précédemment au point i);
- le 1^{er} janvier suivant la date du retour au travail de la personne employée si l'employeur reçoit la demande comme il est indiqué précédemment au point ii).

b) *Régime d'assurance vie*

La personne adhérente peut augmenter sa protection de la façon suivante :

- adhérer à l'assurance vie de la personne adhérente, si elle n'était pas couverte;
- augmenter le montant de protection de l'assurance vie de la personne adhérente;
- adhérer à l'assurance vie de base des personnes à charge;
- adhérer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, si l'assurance vie de base des personnes à charge est déjà en vigueur;
- adhérer à l'assurance vie de base des personnes à charge et à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- augmenter le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à l'employeur.

Entrée en vigueur du changement demandé

i) Si l'employeur reçoit la demande de changement dans les 30 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge (cet événement permet uniquement l'adhésion à l'assurance vie de base des personnes à charge);
- le décès de la personne conjointe;
- l'obtention d'un statut d'employé régulier, selon la convention collective applicable.

Les montants de protection de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ de l'assurance vie de la personne adhérente ainsi que l'assurance vie de base des personnes à charge sont disponibles sans preuves d'assurabilité et **l'assurance entre en vigueur à la date de l'événement.**

Les montants de protection de l'assurance vie de la personne adhérente supérieurs à 50 000 \$ sont toujours assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

L'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est toujours assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

ii) Si l'employeur reçoit la demande de changement plus de 30 jours et moins de 180 jours inclusivement après les événements décrits précédemment :

Les montants de protection de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ de l'assurance vie de la personne adhérente ainsi que l'assurance vie de base des personnes à charge sont disponibles sans preuves d'assurabilité et **l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par SSQ.**

Les montants de protection de l'assurance vie de la personne adhérente supérieurs à 50 000 \$ sont toujours assujettis à la présentation de preuves d'assurabilité. Tout montant en excédent de 50 000 \$ entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

L'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est toujours assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité et entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

- iii) Si l'employeur reçoit la demande de changement plus de 180 jours après les événements décrits précédemment ou en l'absence de tels événements :

Des preuves d'assurabilité sont exigées et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

Le changement demandé entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi; sinon, à la date de son retour au travail.

1.5.2 Réduction du statut de protection

- a) *Régimes d'assurance maladie et de soins dentaires*

La personne adhérente peut réduire son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection familial pour un statut de protection monoparental ou individuel;
- modifier son statut de protection monoparental pour un statut individuel.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à son employeur.

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

Le statut de protection choisi par la personne adhérente pour le régime d'assurance maladie peut être différent de celui choisi pour le régime de soins dentaires, s'il y a lieu.

Toutefois, au Québec, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments, la personne adhérente doit assurer sa personne conjointe et ses enfants à charge, s'il y a lieu, en vertu de la garantie d'assurance médicaments. Comme cette garantie fait partie du régime d'assurance maladie, la protection détenue par la personne adhérente dans le régime choisi (maladie 1, 2 ou 3) doit être conforme à l'exigence de la loi en cette matière. Ainsi, toutes les personnes assurées doivent être protégées par le même régime maladie.

Important

Assurez-vous de faire le nécessaire auprès de votre employeur afin que SSQ soit avisée de toute modification concernant vos personnes à charge. Le statut de protection que vous détenez pour ce qui est du régime d'assurance maladie ou du régime de soins dentaires (individuel, monoparental ou familial) doit correspondre à votre situation familiale actuelle, selon la définition de « personne à charge » prévue au point 1.1.4, si vous voulez éviter de payer des primes inutilement.

b) *Régime d'assurance vie*

La personne adhérente peut réduire sa protection de la façon suivante :

- mettre fin à l'assurance vie de la personne adhérente, sous réserve du respect du délai pour la réception de la demande de retrait indiqué au point 1.3.4 b);
- réduire le montant de protection de l'assurance vie de la personne adhérente, sous réserve du maintien d'un montant minimal de protection de 10 000 \$;
- mettre fin à l'assurance vie de base des personnes à charge et à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, s'il y a lieu;
- réduire le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- mettre fin à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

La personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à son employeur.

La fin de participation à une protection ou le nouveau montant de protection entrent en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur, sauf :

- si l'employeur reçoit la demande de fin de participation relative à l'assurance vie de base des personnes à charge ou à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, s'il y a lieu, dans les 30 jours suivant le décès d'un enfant à charge ou de la personne conjointe; l'assurance prend alors fin à la date du décès;
- pour une personne adhérente, qui en ce qui concerne l'assurance vie de la personne adhérente, participe uniquement au montant minimal de protection de 10 000 \$: si l'employeur reçoit la demande de retrait dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de ce montant de protection, l'assurance prend alors fin à la date à laquelle ce montant est entré en vigueur.

1.6 Changement de régime d'assurance maladie

1.6.1 Augmentation du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut augmenter la couverture du régime d'assurance maladie d'une des façons suivantes :

- changer le régime **maladie 1** pour le régime **maladie 2** ou le régime **maladie 3**;
- changer le régime **maladie 2** pour le régime **maladie 3**.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à l'employeur.

Entrée en vigueur du nouveau régime

i) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 30 jours suivant un des événements mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de l'union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- l'obtention d'un statut d'engagement régulier selon la convention collective applicable.

Le nouveau régime demandé entre en vigueur à la date de l'événement.

ii) Si l'employeur reçoit la « Demande d'adhésion ou de changement » plus de 30 jours après les événements décrits au paragraphe précédent ou en l'absence de tels événements :

L'obtention du nouveau régime d'assurance maladie est assujettie à la présentation de preuves d'assurabilité. Le régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

Le nouveau régime entre en vigueur aux dates spécifiées précédemment si, à cette date, la personne employée est alors en service ou en mesure d'accomplir les tâches habituelles de son emploi; sinon, à la date de son retour au travail.

1.6.2 Réduction du régime d'assurance maladie

La personne adhérente peut réduire la couverture du régime d'assurance maladie d'une des façons suivantes :

- changer le régime **maladie 3** pour le régime **maladie 2** ou le régime **maladie 1**;
- changer le régime **maladie 2** pour le régime **maladie 1**.

Important

La personne adhérente doit avoir complété la période minimale de participation de 12 mois au régime maladie 2 ou de 24 mois au régime maladie 3 avant de pouvoir effectuer une réduction du régime d'assurance maladie.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et le faire parvenir à l'employeur.

Le nouveau régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur.

1.7 Fin de protection**1.7.1 Personne adhérente**a) *Tous les régimes*

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes, l'assurance de toute personne adhérente prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- la date de fin du contrat d'assurance collective;
- la date d'expiration du délai prévu au contrat en cas de non-paiement de primes;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne employée admissible pour une raison autre que la retraite;
- la date à laquelle le syndicat auquel elle appartient cesse de participer au régime;
- la date de la retraite.

b) *Régime d'assurance maladie*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle le début d'exemption entre en vigueur pour le régime concerné;
- la date à laquelle l'exonération des primes prend fin, à moins que la personne adhérente continue d'être admissible à l'assurance et qu'elle acquitte la prime payable.

c) *Régime de soins dentaires*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle SSQ reçoit la demande de terminaison de participation de la personne adhérente au régime, sous réserve de la durée minimale de participation décrite au point 1.3.2 b);
- la date à laquelle le groupe auquel appartient la personne adhérente cesse de participer au régime de soins dentaires, sous réserve des dispositions décrites au point 1.2.3 b);
- la date à laquelle l'exonération des primes prend fin, à moins que la personne adhérente continue d'être admissible à l'assurance et qu'elle acquitte la prime payable.

d) *Régime d'assurance salaire de longue durée*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 63 ans;
- la date à laquelle le droit de renonciation entre en vigueur conformément aux critères décrits au point 1.3.3 b).

e) *Régime d'assurance vie*

Aux dates énumérées précédemment au point a) s'ajoutent :

- la date à laquelle les dispositions d'exonération des primes prennent fin sans que la personne adhérente cesse d'être invalide;
- la date à laquelle le retrait de l'assurance vie de la personne adhérente entre en vigueur comme décrit au point 1.3.4 b).

1.7.2 **Personne à charge**

Régimes d'assurance maladie, de soins dentaires et d'assurance vie

Sous réserve des dispositions relatives à l'exonération des primes, l'assurance de toute personne à charge prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

- pour un régime ou une protection donnés : le premier jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur

de la demande de mettre fin à l'assurance de la personne à charge;

- pour les protections d'assurance vie seulement : la date du décès d'un enfant à charge ou de la personne conjointe si l'employeur reçoit la demande de fin de participation à la protection en question dans les 30 jours suivant la date du décès; sinon, le premier jour de la période de paie suivant la date de réception de la demande par l'employeur;
- la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente;
- la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge au sens des régimes d'assurance maladie, de soins dentaires et d'assurance vie;
- la date du décès de la personne adhérente.

1.8 Exonération des primes

1.8.1 Début de l'exonération (tous les régimes)

Lorsqu'une personne adhérente devient totalement invalide avant la retraite et qu'elle le demeure de façon continue pendant plus de 52 semaines consécutives, elle demeure assurée sans paiement de primes à compter de la première journée ouvrable de la période de paie qui suit la 52^e semaine consécutive d'invalidité totale.

1.8.2 Fin de l'exonération - régimes d'assurance maladie et de soins dentaires

Pour les invalidités totales ayant débuté le 1^{er} janvier 2006 ou après, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :

- a) pour la personne devenue totalement invalide **avant d'avoir atteint l'âge de 56 ans** : le jour de son 60^e anniversaire de naissance;
- b) pour la personne devenue totalement invalide **après avoir atteint l'âge de 56 ans** : la date à laquelle elle a bénéficié de 36 mois d'exonération pour la période d'invalidité totale en cours, mais sans dépasser le jour de son 65^e anniversaire de naissance;
- c) la date de la fin de sa période d'invalidité totale;

- d) la date de terminaison du contrat d'assurance collective;
- e) pour le régime de soins dentaires seulement : la date de terminaison du régime dans le groupe auquel la personne adhérente appartient.

Pour les invalidités totales ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2006, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :

- a) le dernier jour d'une période de 36 mois d'exonération pour une même période d'invalidité totale, mais sans dépasser le 30 juin qui suit son 65^e anniversaire de naissance;
- b) la date de la fin de sa période d'invalidité totale;
- c) la date de terminaison du contrat d'assurance collective;
- d) pour le régime de soins dentaires seulement : la date de terminaison du régime dans le groupe auquel la personne adhérente appartient.

Lorsque l'exonération des primes du régime d'assurance maladie prend fin, et ce, sans égard à la date du début de l'invalidité, la personne adhérente totalement invalide se trouve dans l'une des deux situations suivantes, selon le cas :

- a) Si elle est toujours une personne employée admissible au régime d'assurance maladie en raison du maintien de son lien d'emploi, elle doit maintenir sa participation et payer les primes requises.
- b) Si elle n'est plus admissible au régime d'assurance maladie, elle devient admissible au régime d'assurance maladie du Régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des Syndicats du Québec (CSQ) – ASSUREQ, sous réserve des conditions suivantes :
 - la fin de son admissibilité au présent régime ne doit pas résulter de la fin de son invalidité totale ni de la terminaison du présent régime;
 - elle doit devenir membre de l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec – AREQ (CSQ);
 - elle doit faire sa demande d'adhésion à l'AREQ et à ASSUREQ dans les 90 jours suivant la date de son admissibilité.

1.8.3 Fin de l'exonération – régimes d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie

Pour les invalidités totales ayant débuté le 1^{er} janvier 2006 ou après, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie :

- a) le jour de son 65^e anniversaire de naissance;
- b) la date de la fin de sa période d'invalidité totale.

Pour les invalidités totales ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2006, l'exonération des primes de la personne adhérente se poursuit jusqu'à la **première** des dates suivantes pour les régimes d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie :

- a) le 30 juin qui suit son 65^e anniversaire de naissance;
- b) la date de la fin de sa période d'invalidité totale.

Lorsque l'exonération des primes d'assurance vie prend fin, et ce, sans égard à la date du début de l'invalidité, la personne adhérente totalement invalide se trouve dans l'une des deux situations suivantes, selon le cas :

- a) Si elle est toujours une personne employée admissible au régime d'assurance vie en raison du maintien de son lien d'emploi, elle doit maintenir sa participation et payer les primes requises, sous réserve des dispositions prévues au point 1.3.4.
- b) Si elle n'est plus admissible au régime d'assurance vie, elle devient admissible au régime d'assurance vie du Régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des Syndicats du Québec (CSQ) – ASSUREQ, sous réserve des conditions suivantes :
 - la fin de son admissibilité au présent régime ne doit pas résulter de la fin de son invalidité totale ni de la terminaison du présent régime;
 - elle doit être membre de l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec – AREQ (CSQ);
 - elle doit faire sa demande d'adhésion à l'AREQ, si elle n'en n'est pas déjà membre, et à ASSUREQ dans les 90 jours suivant la date de son admissibilité;
 - elle doit participer au régime d'assurance maladie ASSUREQ ou en être exemptée.

1.8.4 Congé de préretraite

Toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut plus bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

1.8.5 Période où la personne adhérente invalide reçoit 100 % ou plus de sa rémunération

L'exonération des primes ne s'applique pas à une période pour laquelle la personne adhérente invalide reçoit, pour un travail accompli, l'équivalent de 100 % ou plus de la rémunération qui lui était versée avant le début de l'invalidité.

1.9 Congé sans traitement

1.9.1 Maintien des régimes

- Lors d'un congé sans traitement, la personne adhérente doit choisir l'une des 2 options suivantes :
 - a) conserver l'ensemble des régimes détenus avant le congé sans traitement;
 - b) conserver le régime d'assurance maladie 1 seulement.
- Le choix effectué s'applique pour la durée du congé sans traitement et aussi longtemps que la personne continue d'être admissible à l'assurance, pourvu qu'elle en avise son employeur dans les 30 jours suivant la date du début de son congé et que la prime payable soit acquittée. **Toutefois, pour les personnes employées de commissions scolaires, le choix doit être indiqué à même la facture individuelle qui leur est transmise par SSQ.**
- Toute personne adhérente en congé sans traitement qui a choisi de ne conserver que le régime maladie 1 se voit octroyer, à la date de son retour effectif au travail, les régimes qu'elle détenait avant son congé sans traitement.

1.9.2 Invalidité lors d'un congé sans traitement

- Si une invalidité survient pendant un congé sans traitement et que tous les régimes sont maintenus, l'invalidité est considérée comme ayant débuté à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail.
- Si la personne adhérente a choisi de ne conserver que le régime maladie 1, aucune invalidité survenant au cours du congé sans traitement n'est reconnue. Seul le régime maladie 1 est maintenu jusqu'à la date de son retour effectif au travail, à partir de laquelle la personne adhérente se voit octroyer les régimes qu'elle détenait avant son congé. Pour l'exonération des primes du régime maladie 1, l'invalidité est considérée comme ayant débuté à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail.

1.10 Autres congés

	Types de congés	
Régime	<ul style="list-style-type: none"> - Congé partiel sans traitement - Retraite progressive - Congé à traitement différé 	<ul style="list-style-type: none"> - Congé lié aux droits parentaux avec rémunération
Assurance maladie, soins dentaires, assurance vie	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir l'ensemble des régimes détenus 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir l'ensemble des régimes détenus
Assurance salaire de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir le régime • La prime payable est établie sur la base du plein traitement comme s'il n'y avait pas de réduction de tâche ou de congé • Si une invalidité survient durant cette période, le montant des prestations est établi sur la base du traitement annuel qui s'appliquerait à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale s'il n'y avait pas de réduction de tâche ou de congé 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de maintenir le régime • La prime payable est établie sur la base du traitement qui s'applique immédiatement avant le congé • Une invalidité qui commence pendant le congé est considérée comme débutant à la date où la personne adhérente doit normalement être de retour au travail ou à la date de fin du retrait préventif

Libération syndicale avec traitement

Concernant les dispositions applicables en cas de libération syndicale avec traitement dans le but d'exercer à temps plein une fonction au sein de l'exécutif de la CSQ ou de l'exécutif de l'une de ses fédérations, la personne employée doit se référer au texte des polices d'assurance collective pour plus de détails.

1.11 Mise à pied ou fin de contrat

1.11.1 Maintien des régimes

- a) Lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, la personne adhérente doit choisir l'une des 2 options suivantes :
- conserver l'ensemble des régimes détenus avant sa mise à pied ou la fin de son contrat;
 - conserver le régime maladie 1 seulement.

b) Sous réserve des dispositions prévues au point 1.11.3, le choix effectué s'applique pour une durée de 120 jours à compter de la date de sa mise à pied ou la fin de son contrat, pourvu que la personne employée fasse une demande écrite à son employeur dans les 30 jours suivant cette date et que la prime payable soit acquittée. **Pour les personnes employées de commissions scolaires, le choix doit être indiqué à même la facture individuelle qui leur est transmise par SSQ.**

- c) Aucune personne employée dont le contrat est renouvelé, ou à qui un nouveau contrat est offert chez le même employeur ou un nouvel employeur à l'intérieur d'une période de 120 jours suivant la date de sa mise à pied ou de sa fin de contrat, ne doit être considérée comme une nouvelle personne employée aux fins de l'admissibilité aux régimes. Sous réserve des dispositions prévues au point 1.15.1, les régimes applicables à la date de sa mise à pied ou à la fin de son contrat sont alors remis en vigueur à sa date de réengagement. Les primes correspondant à ces protections sont payables à compter de la période de paie coïncidant avec ou suivant immédiatement sa date de réengagement.

Toutefois, pour que l'assurance soins dentaires de la personne employée soit remise en vigueur, elle doit être toujours en vigueur dans le groupe à la date de réengagement. De même, l'assurance salaire de longue durée applicable à la personne employée (A ou B) est celle qui est en vigueur dans le groupe à cette date.

- d) Si, à la fin de la période de 120 jours, la personne adhérente n'a pas repris son emploi, l'ensemble de ses régimes prend fin.

1.11.2 Particularités pour les enseignantes et enseignants de commissions scolaires

- a) La disposition prévue précédemment au point 1.11.1 b) est remplacée par celle décrite au point 1.15.1.
- b) Les enseignantes et enseignants des commissions scolaires terminant leur contrat au cours des mois de mai, juin, juillet et août voient leur protection maintenue jusqu'au 31 août. La période de 120 jours prévue précédemment débute donc le 1^{er} septembre.

1.11.3 Invalidité suivie d'une mise à pied ou d'une fin de contrat

- a) La personne adhérente qui devient invalide a le droit de maintenir sa participation aux régimes, même si elle est par la suite mise à pied ou que son contrat n'est pas renouvelé. La personne invalide dans cette situation doit cependant communiquer avec SSQ à compter de la date de sa fin d'emploi. SSQ prend alors des arrangements directement avec elle afin de lui permettre de conserver son droit à l'exonération des primes de même qu'aux prestations d'assurance salaire, s'il y a lieu.
- b) Aucune invalidité survenant après la date de la mise à pied ou de la fin de contrat n'est reconnue aux fins des régimes pour lesquels la participation n'a pas été maintenue.

1.11.4 Prolongation supplémentaire de 2 ans pour le régime d'assurance vie

La personne adhérente qui, lors d'une mise à pied ou d'une fin de contrat, a maintenu sa participation au régime d'assurance vie au cours de la période prévue de 120 jours peut prolonger le maintien de sa protection d'assurance vie pour une période additionnelle maximale de 2 ans. Elle doit alors transmettre sa demande par écrit à SSQ au cours des 31 jours qui suivent la fin de la période de 120 jours et continuer à acquitter la prime requise.

1.12 Congédiement, non-réengagement, renvoi, suspension

- a) Dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contestés par grief et dans les cas de suspension, la personne adhérente doit choisir l'une des 2 options suivantes :
- conserver l'ensemble des régimes détenus, sauf le régime d'assurance salaire de longue durée dans les cas de congédiement, de non-réengagement ou de renvoi contestés par grief;
 - conserver le régime maladie 1 seulement.
- b) La personne adhérente qui ne peut s'entendre avec son employeur pour payer la prime totale par l'intermédiaire de ce dernier doit la remettre directement à SSQ. Le recours à ce mode de paiement doit être demandé par écrit à SSQ dans les 90 jours qui suivent la date du congédiement, du non-réengagement, du renvoi ou de la suspension.
- c) Le choix effectué selon les dispositions prévues au point 1.12 a) s'applique jusqu'à ce que la décision relative à la contestation soit rendue. Toutefois, la participation au régime d'assurance salaire de longue durée ne peut être rétablie tant que la décision finale portant sur le grief n'est pas connue.
- d) Si la décision finale est favorable et que la personne adhérente est effectivement réintégrée dans son poste :
- Dans le cas où la personne adhérente n'a conservé que le régime maladie 1, SSQ rétablit à la date de son retour au travail, les régimes auxquels elle participait immédiatement avant le congédiement, le non-réengagement ou le renvoi;
 - Dans le cas où la personne adhérente a conservé l'ensemble des régimes auxquels elle participait avant l'événement concerné, la participation au régime d'assurance salaire de longue durée est rétablie rétroactivement à la date de l'événement et les primes exigibles doivent alors être payées rétroactivement à cette même date. Toute invalidité totale ayant débuté entre cette même date et la date de la décision finale est reconnue.
- e) Si la décision finale n'est pas favorable à la personne adhérente, l'assurance conservée en vertu des dispositions prévues au point 1.12 a) se termine à la fin de toute procédure

de grief ou procédure légale de la part des deux parties impliquées.

1.13 Droit de transformation

1.13.1 Régime d'assurance maladie

Pendant que ce régime est en vigueur, toute personne adhérente dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'y être admissible pour une autre raison que la retraite ou la fin de l'exonération des primes peut, sans preuves d'assurabilité, obtenir un contrat individuel d'assurance maladie **sans garantie d'assurance médicamenteusement** aux taux et conditions fixés par SSQ. Pour ce faire, la personne adhérente doit signifier par écrit à SSQ avant la fin de son assurance en vertu du régime d'assurance maladie, ou au cours des 31 jours qui suivent cette date, son intention d'exercer son droit de transformation. Sur réception de la proposition de SSQ, la personne adhérente a 15 jours pour lui faire parvenir son acceptation écrite et la première prime du contrat proposé. Le droit de transformation s'applique également aux personnes à charge assurées.

1.13.2 Régime d'assurance vie

a) Toute personne adhérente qui, pendant que le régime d'assurance vie est en vigueur, cesse d'être admissible à l'assurance pour une autre raison que la fin du contrat d'assurance collective ou la fin de l'exonération des primes peut obtenir, sans preuves d'assurabilité et aux taux et conditions fixés par SSQ, l'un des types de contrats individuels d'assurance vie suivants :

- un contrat d'assurance vie permanente ou d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans;
- un contrat d'assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée au point ci-dessus.

La personne adhérente doit signifier par écrit à SSQ avant la fin de son assurance en vertu du régime d'assurance vie, ou au cours des 31 jours qui suivent cette date, son intention d'exercer son droit de transformation. Sur réception de la proposition de SSQ, la personne adhérente a 15 jours pour lui faire parvenir son acceptation écrite et la première prime du contrat proposé.

- b) Advenant un décès durant la période précitée de 31 jours alors que la personne adhérente n'a pas informé SSQ de ses intentions, le droit de transformation est réputé avoir été exercé pour un montant égal au montant de protection que la personne adhérente détenait en vertu du régime d'assurance vie.
- c) L'assurance en vertu du contrat individuel entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :
- la date de la demande de transformation;
 - la date de la fin de l'assurance en vertu du régime d'assurance vie.
- d) La prime de la première année du contrat individuel ne peut être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime du contrat individuel est une prime uniforme. Cette prime est déterminée selon l'âge atteint et l'emploi de la personne adhérente lors de l'entrée en vigueur de l'assurance individuelle.
- e) Le montant d'assurance vie transformé ne peut être inférieur au montant prévu dans les règlements généraux de SSQ, ni supérieur au montant d'assurance vie détenu en vertu du régime d'assurance vie. Dans le cas d'une personne employée qui adhère au régime d'assurance collective des personnes retraitées, le montant transformé ne peut être supérieur à la différence entre le montant détenu en vertu du régime d'assurance vie et le montant de protection maximal qu'elle peut choisir en vertu du régime d'assurance vie des personnes retraitées.
- f) Le contrat individuel ne comporte pas de garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- g) Pendant que le présent régime est en vigueur, toute personne à charge dont l'assurance prend fin parce qu'elle cesse d'y être admissible pour une autre raison que la fin du contrat d'assurance collective peut exercer son droit de transformation jusqu'à concurrence du montant de protection qu'elle détient en vertu du régime d'assurance vie, et ce, aux mêmes conditions que la personne adhérente.

1.14 Régimes disponibles pour les personnes retraitées

Des régimes collectifs d'assurance maladie et d'assurance vie sont disponibles pour les personnes prenant leur retraite.

Pour adhérer à ces régimes, vous devez adhérer à l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec - AREQ (CSQ) et au Régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) - ASSUREQ dans les 90 jours qui suivent la date où vous êtes admissible.*

Dès que vous connaissez la date de votre retraite, demandez à SSQ l'information nécessaire. SSQ vous fera parvenir la documentation à ce sujet.

- * *Pour les enseignantes et les enseignants de commissions scolaires prenant leur retraite en mai, juin, juillet et août, la date d'admissibilité aux régimes des personnes retraitées est le 1^{er} septembre suivant.*

1.15 Dispositions particulières pour certaines catégories de personnel

1.15.1 Enseignantes et enseignants de commissions scolaires (renouvellement de contrat)

a) *Nouveau contrat*

En plus des dispositions prévues au contrat d'assurance collective, les dispositions particulières décrites ci-après s'appliquent lorsqu'une enseignante ou un enseignant de commission scolaire signe un nouveau contrat auprès de la même commission scolaire ou d'une nouvelle commission scolaire dans un emploi le rendant admissible à l'assurance collective. Dans ce cas, la date de prise d'effet du nouveau contrat détermine la date de début de l'assurance en vertu des différents régimes et du prélèvement des primes.

b) *Nouveau contrat prenant effet au cours des 3 premières périodes de paie de l'année scolaire*

L'assurance débute rétroactivement à la date de début de l'année scolaire et les primes sont perçues à compter de cette date. La personne employée se voit octroyer les mêmes régimes qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente. Elle n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité aux régimes.

- c) *Nouveau contrat prenant effet au-delà des 3 premières périodes de paie de l'année scolaire, mais à l'intérieur de la période de 120 jours de maintien de l'assurance*

La personne qui n'a pas repris le travail dans un emploi la rendant admissible à l'assurance collective au cours des 3 premières périodes de paie de l'année scolaire doit choisir, pour une période de 120 jours, entre le régime maladie 1 seulement ou l'ensemble des régimes d'assurance qu'elle détenait. La date de début du prélèvement des primes lors du retour au travail dépend du choix effectué.

- i) *Si la personne a conservé l'ensemble des régimes qu'elle détenait*

Le prélèvement des primes ne débute qu'à compter de la fin de la période de 120 jours;

- ii) *Si la personne a conservé le régime maladie 1 seulement*

Le prélèvement des primes pour l'ensemble des régimes qu'elle détenait à la fin de l'année scolaire précédente débute à la date de son retour au travail et SSQ rembourse la prime du régime maladie 1 déjà payée, soit celle pour la période débutant à la date du retour au travail et se terminant à la fin de la période de 120 jours.

La personne n'est pas considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité aux régimes.

- d) *Nouveau contrat prenant effet au-delà de la période de 120 jours de maintien de protection*

La personne est alors considérée comme une nouvelle personne employée aux fins d'admissibilité aux régimes.

1.15.2 Personnes salariées du secteur de la santé et des services sociaux

- a) *Personne salariée*

Toute personne qui est visée par une entente nationale conclue avec un syndicat affilié à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) ou en entente de service et qui fait partie de l'une des catégories suivantes : le personnel du secteur de la santé et des services sociaux ou de toute autre institution acceptée par le preneur du contrat.

b) *Traitement annuel*

La définition de « **traitement annuel** » indiquée au point 1.1.10 est remplacée par la suivante :

« **Traitement annuel** » : la rémunération en monnaie courante calculée sur une base annuelle selon les taux de la convention collective apparaissant aux échelles de salaire des titres d'emplois applicables à la personne salariée et majorée, s'il y a lieu, des suppléments ou autres primes prévues à la convention collective et servant au calcul de la prestation d'assurance salaire prévue à la convention collective.

Pour les personnes salariées à temps partiel, le montant est établi au prorata sur la base du temps travaillé au cours des 52 semaines de calendrier pour lesquelles aucune période de maladie, de congé annuel, de congé de maternité, de paternité, d'adoption, de retrait préventif ou de congé sans solde n'a été autorisée.

Ce calcul doit comprendre un minimum de 12 semaines. À défaut, l'employeur considère les semaines antérieures à la période de 52 semaines jusqu'à ce que ce calcul puisse s'effectuer sur 12 semaines. Dans le cas où le calcul ne peut comprendre un minimum de 12 semaines parce que la période entre la dernière date d'entrée en service de la personne salariée et la date d'invalidité ne le permet pas, ce calcul s'effectue sur la base de cette dernière période.

Le traitement annuel utilisé pour fins de cotisation de la prime est celui qui est défini aux paragraphes précédents, alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement de la prestation, tout en étant aussi celui qui est défini aux paragraphes précédents, ne peut jamais être inférieur à 14 400 \$. Cependant, si le traitement annuel défini aux paragraphes précédents est égal à 0 \$, aucune prestation d'assurance salaire de longue durée n'est payable.

c) *Participation*

La personne salariée travaillant à 25 % ou moins du temps complet et qui ne participe pas aux régimes d'assurance conformément aux dispositions de l'entente nationale n'est pas admissible aux régimes d'assurance, sauf au régime maladie 1.

1.15.3 Personnel de soutien des commissions scolaires travaillant dans le cadre de l'éducation des adultes

a) *Personne employée*

La définition de « **personne employée** » indiquée au point 1.1.8 est remplacée par la suivante :

« **Personne employée** » : toute personne salariée membre d'un syndicat affilié à la Centrale des syndicats du Québec et travaillant dans le cadre des cours de l'éducation des adultes (Ch. 10-1.00 de l'entente nationale S3).

b) *Admissibilité*

i) Toute personne employée qui a une charge de travail hebdomadaire moyenne de 18 heures ou plus, en incluant les heures rémunérées à titre de « surveillant d'élèves » ou comme « salarié de cafétéria », est admissible aux régimes d'assurance collective.

ii) L'admissibilité aux régimes est vérifiée 2 fois par année, dont une en début d'année scolaire au mois de septembre. La personne qui se qualifie à ce moment est admissible pour la première moitié de l'année scolaire. Elle demeure admissible pour la seconde moitié de l'année scolaire dans la mesure où elle satisfait aux critères d'admissibilité lors de la deuxième vérification qui a lieu au mois de décembre.

iii) Seule une personne admissible aux régimes au mois de septembre peut y être admissible au mois de décembre.

c) *Déclaration d'invalidité*

La personne employée absente du travail pour cause d'invalidité pendant une période de plus de 28 jours doit déclarer cette absence à SSQ pour pouvoir acquitter les primes et bénéficier de l'exonération des primes.

d) *Traitement annuel*

La définition de « **traitement annuel** » indiquée au point 1.1.10 est remplacée par la suivante :

« **Traitement annuel** » : le total du salaire réellement gagné au cours des 12 derniers mois précédant la date d'une invalidité, incluant toute allocation versée à titre d'avantages sociaux et de vacances, ainsi que le revenu tiré du temps travaillé comme

« personne surveillante d'élèves » ou comme « personne salariée de cafétéria ».

Si la personne employée est adhérente depuis moins de 12 mois à la date du début de son invalidité, le traitement annuel correspond au total du salaire réellement gagné depuis le début de son emploi divisé par le nombre de semaines de travail, le résultat ainsi obtenu étant multiplié par 40.

N'est pas considérée dans le calcul du traitement annuel toute période de congé parental, de maternité, sans traitement ou pour libération syndicale.

Pour tous les cas, le traitement annuel utilisé pour fins de cotisation de la prime est celui défini aux paragraphes précédents alors que le traitement annuel utilisé pour l'établissement de la prestation est celui défini aux paragraphes précédents, sans toutefois jamais être inférieur à 14 400 \$.

2- RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles sont les frais qui s'appliquent à des traitements, soins ou fournitures nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et dans le cas d'une grossesse.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des traitements, soins ou fournitures dispensés par une professionnelle ou un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux traitements, soins ou fournitures en cause ou, à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente, sous réserve des règles établies par SSQ pour la reconnaissance de chaque association.

Pour être admissibles, les frais qui s'appliquent à des services ou fournitures doivent être conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

2.1 Description des garanties

Lorsqu'une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurée engage des frais couverts par les garanties décrites ci-après, en autant que celles-ci fassent partie du régime d'assurance maladie choisi par la personne adhérente, SSQ rembourse ces frais selon les conditions mentionnées ci-après.

Lorsqu'une ordonnance médicale est requise pour que les frais engagés soient admissibles à un remboursement, celle-ci doit indiquer le nom du médicament prescrit ou, dans le cas d'un produit, traitement ou service, le diagnostic, les raisons médicales ou les indications thérapeutiques justifiant la prescription de tel produit, traitement ou service ainsi que la durée prévue d'utilisation.

2.1.1 Acupuncture (Maladie 2 et 3)

Les frais de traitements administrés par une acupunctrice ou un acupuncteur.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 2	20 \$ / traitement	400 \$ / année civile / personne assurée
Maladie 3	36 \$ / traitement	600 \$ / année civile / personne assurée

2.1.2 Ambulance et transport aérien (Maladie 1, 2 et 3)

Les frais d'ambulance pour le transport à l'hôpital (aller et retour) sont remboursables à 80 %, y compris le transport aérien en cas d'urgence dans les régions éloignées, de même que le traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

2.1.3 Appareil auditif (Maladie 2 et 3)

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil auditif. Cette garantie couvre également les honoraires de l'audioprothésiste.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant suivant :

Maladie 2 et 3	560 \$ / 48 mois / personne assurée
----------------	-------------------------------------

**2.1.4 Appareil d'assistance respiratoire et oxygène (Maladie 2 et 3)
Ordonnance médicale requise**

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un appareil d'assistance respiratoire et le coût de l'oxygène. Ces frais sont remboursables à 80 %.

**2.1.5 Appareils orthopédiques (Maladie 2 et 3)
Ordonnance médicale requise**

Les frais d'achat, de location ou de remplacement de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques sont remboursables à 80 %.

**2.1.6 Appareils thérapeutiques (Maladie 2 et 3)
Ordonnance médicale requise**

Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques sont remboursables à 80 %. Cette garantie couvre également les frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation.

À titre d'exemples, les appareils suivants sont admissibles à un remboursement :

- les appareils d'aérosolthérapie, les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique;
- les stimulateurs de consolidation de fractures;

- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire;
- les respirateurs à pression positive intermittente;
- les vêtements pour le traitement de brûlures;
- l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) ni les autres appareils de même nature. Cette garantie ne couvre pas non plus les articles ou appareils pour lesquels un remboursement est prévu en vertu d'autres dispositions du régime d'assurance maladie.

S'il est prévu que le coût total des frais à encourir dépasse 2 000 \$, une autorisation de SSQ doit être obtenue avant d'engager les frais.

2.1.7 Articles pour stomie (Maladie 2 et 3) Ordonnance médicale requise

Les frais d'achat de produits nécessaires à l'entretien de la stomie. La partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État est remboursable à 80 %.

2.1.8 Assurance annulation de voyage (Maladie 1, 2 et 3)

Les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, **au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu**. Ces frais sont remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée, par voyage. Pour connaître le détail des frais couverts, limitations, restrictions et exclusions, veuillez consulter le document disponible sur le site **ACCÈS | assurés** au ssq.ca ou communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ. Les numéros de téléphone pour joindre le service d'assistance voyage apparaissent au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ.

2.1.9 Assurance voyage avec assistance (Maladie 1, 2 et 3)

Les frais engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une **maladie subite et inattendue** survenus alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et que son état de santé nécessite des soins d'urgence. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces frais sont remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ par personne assurée, pour la durée du séjour à l'étranger. Pour connaître le détail des frais couverts, limitations, restrictions et exclusions, veuillez consulter le document disponible sur le site **ACCÈS | assurés** au ssq.ca ou communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ. Les numéros de téléphone pour joindre le service d'assistance voyage apparaissent au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ.

2.1.10 Bas de soutien (Maladie 2 et 3) Ordonnance médicale requise

Les frais d'achat de bas de soutien à compression moyenne ou forte (20mm de Hg ou plus), dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du nombre de paires suivant :

Maladie 2 et 3	3 paires / année civile / personne assurée
----------------	--

2.1.11 Chaussures orthopédiques (Maladie 2 et 3) Ordonnance médicale requise

Les frais d'achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied sont remboursables à 80 %. Sont également couvertes les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

La présente garantie ne couvre pas les chaussures profondes ni aucune forme de sandales.

2.1.12 Chiropractie (Maladie 2 et 3)

Les frais de traitements administrés par une chiropraticienne ou un chiropraticien. Les frais de radiographies sont également couverts.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 2	20 \$ / traitement	400 \$ / année civile / personne assurée
	40 \$ / radiographie	
Maladie 3	28 \$ / traitement	500 \$ / année civile / personne assurée
	40 \$ / radiographie	

2.1.13 Cure de désintoxication (Maladie 3)**Ordonnance médicale requise**

Le coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue par SSQ, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs compulsifs, pour autant que la personne assurée y reçoive un traitement curatif. La clinique doit être située au Canada et sous le contrôle d'une ou d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier licencié.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant et du nombre de jours suivants :

Maladie 3	64 \$ / jour	30 jours / année civile / personne assurée
-----------	--------------	--

2.1.14 Diététique (Maladie 3)

Les frais de consultation d'une ou d'un diététiste.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 3	28 \$ / consultation	500 \$ / année civile / personne assurée
-----------	----------------------	--

2.1.15 Fauteuil roulant, marchette ou lit d'hôpital (Maladie 2 et 3)**Ordonnance médicale requise**

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un fauteuil roulant non motorisé, d'une marchette ou d'un lit d'hôpital sont remboursables à 80 %, à condition que ces articles soient requis pour un usage temporaire. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier. Les frais

remboursables par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus.

2.1.16 Frais hospitaliers au Canada (Maladie 2 et 3)

Lorsqu'une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, les frais de chambre, pour la portion en excédent des frais hospitaliers en salle publique, sont couverts jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée, tel que prévu par les tarifs décrétés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et ce, quel que soit le nombre de jours.

Limitations

Les frais administratifs demandés par l'hôpital à la personne assurée ne sont pas couverts par cette garantie.

La contribution de la personne assurée exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée n'est pas couverte par cette garantie.

Frais remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence du coût suivant :

Maladie 2 et 3	Coût d'une chambre semi-privée
----------------	--------------------------------

2.1.17 Glucomètre (Maladie 2 et 3) Ordonnance médicale requise

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un glucomètre.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant suivant :

Maladie 2 et 3	240 \$ / 36 mois / personne assurée
----------------	-------------------------------------

2.1.18 Homéopathie (Maladie 3)

Les frais de consultation d'une ou d'un homéopathe. Sur recommandation écrite de l'homéopathe ou d'une ou d'un médecin, cette garantie couvre aussi les remèdes ou traitements homéopathiques.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 3	28 \$ / consultation	600 \$ / année civile / personne assurée
-----------	----------------------	--

2.1.19 Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles (Maladie 2 et 3)

Les honoraires professionnels d'une chirurgienne ou d'un chirurgien dentiste, d'une ou d'un spécialiste ou denturologiste pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles subis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance (les bris de dents survenus en mangeant ne sont pas couverts) sont remboursables à 80 %, à condition que les soins soient donnés à l'intérieur des 24 mois suivant la date de l'accident. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des montants et actes prévus au guide de l'année courante de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ).

Tout acte, tout traitement ou toute prothèse, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant sont exclus.

Dans cette garantie, « accident » est défini comme tout événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles. Également, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même ou soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

2.1.20 Lentilles intraoculaires (Maladie 2 et 3)

Ordonnance médicale requise

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne peuvent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes. Ces frais sont remboursables à 80 %.

2.1.21 Massothérapie, kinésithérapie ou orthothérapie (Maladie 3)

Les frais de traitements administrés par une ou un massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 3	28 \$ / traitement	600 \$ / année civile / personne assurée au total pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels ainsi que les frais de naturopathie
-----------	--------------------	---

2.1.22 Médicaments (Maladie 1, 2 et 3)

Ordonnance médicale requise

Tous les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide, prescrits par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, vendus exclusivement par une pharmacienne ou un pharmacien, ou vendus par une ou un médecin (ou une infirmière ou un infirmier) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi, sur présentation de reçus convenablement détaillés.

Les anovulants et les stérilets sont aussi admissibles.

Les injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat sont également couvertes, à condition qu'elles soient fournies et administrées par une ou un médecin à des fins curatives et non esthétiques, jusqu'à concurrence d'un montant de 28 \$ par jour (ou de 35 \$ par jour dans le cas où le pourcentage de remboursement applicable est de 100 %). L'acte médical n'est pas couvert.

Les produits antitabac couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM) sont également couverts par le régime d'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un maximum global de frais admissibles par année civile, par personne assurée. Ce maximum global est déterminé et mis à jour annuellement selon les directives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

À des fins administratives seulement, les médicaments visés par cette garantie sont ceux inscrits à l'édition courante de la liste de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

Les frais engagés pour toute fourniture ou tout service pharmaceutique couvert par le RPAM sont reconnus à titre de frais couverts en vertu de la présente garantie.

Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception qui figurent dans la liste publiée par la RAMQ », ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques, déterminés par le règlement applicable au RPAM. Pour les médicaments

d'exception, la personne doit obtenir une autorisation préalable de SSQ.

Le pourcentage de frais admissibles varie selon qu'il s'agit d'un médicament unique (pour lequel il n'existe pas d'équivalent), innovateur (vendu sous la marque de commerce d'origine, mais pour lequel il existe au moins un équivalent générique) ou générique.

Maladie 1	Franchise annuelle de 50 \$ / certificat
	Pourcentage de frais admissibles : - 80 % pour les médicaments uniques ou génériques et 68 % pour les médicaments innovateurs* - 100 % lorsque le déboursé annuel excède 776 \$ / certificat / année civile
Maladie 2 et 3	Pourcentage de frais admissibles : - 80 % pour les médicaments uniques ou génériques et 68 % pour les médicaments innovateurs* - 100 % lorsque le déboursé annuel excède 776 \$ / certificat / année civile

*Dans le cas où un médicament innovateur ne peut pas être remplacé par un médicament générique, les frais admissibles sont remboursés à 80 % à condition que le médecin traitant remplisse le formulaire « Demande de remboursement pour des médicaments de marque déposée ». Dans tous les cas, l'approbation de SSQ est requise.

Exclusions

Les produits suivants ne sont pas couverts :

- 1) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu d'un programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dits « orphelins »;
- 2) médicaments servant au traitement de l'infertilité ou à l'insémination artificielle et qui ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM);
- 3) médicaments servant à traiter les problèmes de dysfonction érectile;
- 4) produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques;
- 5) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits pour le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RPAM 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.

- 6) écrans solaires;
- 7) produits antitabac non couverts par le RPAM.

Limitation

La contribution de la patiente ou du patient (franchise, coassurance et prime annuelle) exigée par le RPAM de la RAMQ de la part d'une personne assurée par ce régime n'est pas couverte par la présente garantie.

Règles de participation

La durée minimale de participation au régime maladie 2 est de 12 mois alors qu'elle est de 24 mois pour le régime maladie 3.

2.1.23 Membres artificiels et prothèses externes (Maladie 2 et 3)

Les frais d'achat de membres artificiels ainsi que l'achat d'autres prothèses externes sont remboursables à 80 % (les prothèses dentaires, les appareils auditifs, les prothèses capillaires, les lunettes et verres de contact sont exclus).

2.1.24 Mutilation accidentelle (MA) (Maladie 2 et 3)

Lorsqu'une personne assurée en vertu du présent régime subit l'une des pertes énumérées à la « Table des pertes » et que cette perte est causée, directement et indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels, et survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que la personne concernée soit protégée par le présent régime à la date de l'accident, SSQ paie, conformément aux dispositions du présent régime, le montant prévu à la « Table des pertes » sans toutefois dépasser 50 000 \$ pour toutes les pertes relatives au même accident.

TABLE DES PERTES	
PERTE	MONTANT
• des 2 mains ou des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	50 000 \$
• d'une main et d'un pied	50 000 \$
• d'une main et de la vue d'un œil	50 000 \$
• d'un pied et de la vue d'un œil	50 000 \$
• d'une main	25 000 \$
• d'un pied	25 000 \$
• de la vue d'un œil	25 000 \$

Par le mot « perte », on entend, pour ce qui est d'une main ou d'un pied, l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ou la perte totale et irrécouvrable de leur usage; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

Exclusions

Aucune prestation d'assurance en cas de mutilation accidentelle n'est payable pour une perte due à l'une des causes suivantes :

- 1) participation active à un acte criminel;
- 2) tentative de suicide ou blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 3) guerre, émeute ou insurrection;
- 4) service actif dans les forces armées;
- 5) voyage ou envolée dans toute espèce d'aéronef lorsque la personne assurée exerce toute fonction de membre d'équipage d'un aéronef, sauf si la personne assurée agit en tant que professeur de pilotage, tel que prévu dans la convention collective ou dans son contrat individuel de travail.

Bénéficiaire

Le montant de protection payable en raison de la mutilation accidentelle de la personne adhérente ou de l'une de ses personnes à charge est versé à la personne adhérente.

2.1.25 Naturopathie (Maladie 3)

Les frais de consultation d'une ou d'un naturopathe.

Les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations ne sont pas couverts.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 3	28 \$ / consultation	600 \$ / année civile / personne assurée au total pour les frais de naturopathie, de massothérapie, de kinésithérapie ou d'orthothérapie
-----------	----------------------	--

2.1.26 Neurostimulateur transcutané (Maladie 2 et 3)**Ordonnance médicale requise**

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant suivant :

Maladie 2 et 3	800 \$ / 60 mois / personne assurée
----------------	-------------------------------------

2.1.27 Orthèses plantaires (Maladie 2 et 3)**Ordonnance médicale requise**

Les frais d'achat d'orthèses plantaires (supports de voûte plantaire, semelles de compensation) sont remboursables à 80 %. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec.

Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

2.1.28 Orthophonie, ergothérapie ou audiologie (Maladie 2 et 3)

Les honoraires pour des services fournis par une ou un orthophoniste, ergothérapeute ou audiologiste sont remboursables à 80 %.

2.1.29 Ostéopathie (Maladie 3)

Les frais de traitements administrés par une ou un ostéopathe.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 3	36 \$ / traitement	700 \$ / année civile / personne assurée au total pour les frais d'ostéopathie et de physiothérapie
-----------	--------------------	---

2.1.30 Physiothérapie (Maladie 2 et 3)

Les frais de traitements administrés par une ou un physiothérapeute, ou une ou un thérapeute en réadaptation physique.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 2	24 \$ / traitement	400 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels
Maladie 3	36 \$ / traitement	700 \$ / année civile / personne assurée au total pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels ainsi que les frais d'ostéopathie

2.1.31 Podiatrie ou podologie (Maladie 2 et 3)

Les frais de consultation ou de traitement en soins de pieds administré par une ou un podiatre, une ou un podologue, une infirmière ou un infirmier en soins des pieds ou une infirmière ou un infirmier auxiliaire en soins des pieds.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 2	20 \$ / traitement	400 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels
Maladie 3	36 \$ / traitement	600 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels

2.1.32 Pompe à insuline et accessoires (Maladie 2 et 3)**Ordonnance médicale requise**

Les frais d'achat et de réparation d'une pompe à insuline et les frais d'achat d'accessoires pour une telle pompe sont remboursables à 80 %.

2.1.33 Prothèse capillaire (Maladie 2 et 3)**Ordonnance médicale requise**

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire initiale devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant suivant :

Maladie 2 et 3	300 \$ à vie / personne assurée
----------------	---------------------------------

2.1.34 Prothèses mammaires (Maladie 2 et 3)**Ordonnance médicale requise**

Les frais d'achat de prothèses mammaires rendues nécessaires par suite de mastectomie sont remboursables à 80 %.

2.1.35 Psychothérapie (Maladie 2 et 3)

Les frais pour des services professionnels en psychothérapie pour les services rendus par une ou un psychologue, une ou un psychiatre, une travailleuse ou un travailleur social, une conseillère ou un conseiller en orientation, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur, une ou un thérapeute conjugal ou familial, une infirmière ou un infirmier, une ou un psychothérapeute. Tous ces professionnels doivent détenir un permis de psychothérapeute délivré par le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.

Maladie 2	Remboursement à 50 %	Remboursement maximal de 500 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels
Maladie 3	Remboursement à 50 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles et à 80 % de l'excédent	Remboursement maximal de 1 500 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels

2.1.36 Soins infirmiers (Maladie 3) Ordonnance médicale requise

Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier dûment licencié, ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire dûment licencié, pour les soins dispensés à domicile, de façon continue et exclusive, à la personne assurée. La personne prodiguant ces services professionnels ne doit pas résider habituellement avec la personne assurée ni être parente avec elle.

Ces services professionnels doivent être prescrits par la ou le médecin traitant et doivent faire suite à une hospitalisation.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence des montants suivants :

Maladie 3	240 \$ / jour	5 000 \$ / année civile / personne assurée
-----------	---------------	--

2.1.37 Soutiens-gorges postopératoires (Maladie 2 et 3) Ordonnance médicale requise

Les frais d'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant suivant :

Maladie 2 et 3	200 \$ à vie / personne assurée
----------------	---------------------------------

2.1.38 Transport et hébergement au Québec (Maladie 3) Ordonnance médicale requise

Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec occasionnés par une consultation pour des services professionnels, dispensés par une ou un médecin spécialiste et non disponibles dans la région de résidence de la personne assurée. Les frais admissibles sont :

- les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train) et les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

Toutefois, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) les frais admissibles doivent être engagés, sur ordonnance médicale, pour consultation d'une ou d'un médecin

spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée. Sont également admissibles les frais pour un traitement non disponible dans cette région et prodigué par une ou un médecin spécialiste;

- 2) les frais admissibles doivent être occasionnés par un déplacement d'au moins 200 km du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de la personne assurée;
- 3) pour les déplacements en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- 4) les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile;
- 5) les frais admissibles comprennent les frais engagés par une personne assurée ainsi que par la personne qui l'accompagne.

Frais remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence du montant suivant :

Maladie 3	1 000 \$ / année civile / personne assurée
-----------	--

REMARQUE :

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par certaines régions régionales de la santé. Ce programme est toutefois administré par l'établissement responsable du traitement de la personne assurée. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, la personne assurée doit communiquer avec l'hôpital, le CLSC ou la Régie régionale. Ces organismes sont « premiers payeurs » et seuls les frais non remboursés par ces organismes sont admissibles.

**2.1.39 Transport par avion ou par train d'une personne assurée
« alitée » (Maladie 1, 2 et 3)
Ordonnance médicale requise**

Les frais de transport d'une personne assurée « alitée » décrits ci-après sont remboursables à 80 % :

- les frais de transport par avion ou par train d'une personne assurée « alitée » occupant l'équivalent de 2 sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport;
- les frais de transport par avion ou par train pour une hospitalisation immédiate à titre de patiente ou patient interne à l'hôpital le plus près où les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, selon la prescription de la ou du médecin;
- les frais de transport pour le retour à domicile immédiatement après une hospitalisation.

2.2 Exclusions et limitation

2.2.1 Exclusions

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- 1) à la suite d'une guerre;
- 2) à la suite de la participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- 3) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 4) si la personne assurée n'est pas tenue de payer les services reçus;
- 5) pour des fins d'esthétique, sauf en cas d'accident;
- 6) qui sont remboursés ou payables par un régime ou un organisme gouvernemental ou par tout autre régime privé, individuel ou collectif, en aucun cas SSQ n'accorde, en tout, plus que les frais réellement engagés lorsqu'une personne est protégée en vertu de plusieurs sources;
- 7) pour des examens médicaux subis à des fins d'emploi, d'assurance, de contrôle ou de vérification;

- 8) pour les services ou fournitures, examens, soins, frais, ou pour leurs portions excédentaires, qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- 9) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la 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;
- 10) pour les services ou produits servant au traitement de l'infertilité ou à l'insémination artificielle et qui ne sont pas couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM).

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le RPAM.

2.2.2 Limitation

Le nombre de traitements pour une même personne assurée est limité comme suit :

- 1) un seul traitement par jour par professionnelle ou professionnel ou par spécialiste; et
- 2) un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, sans égard au nombre de spécialités que pratique la professionnelle ou le professionnel ou la ou le spécialiste.

2.2.3 Réduction des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires à celles prévues par les garanties décrites dans le présent article, et cela en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un autre assureur, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites des prestations payables en vertu de cet autre contrat. Le cas échéant, les documents requis seront demandés par SSQ.

3- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 1 DE SOINS DENTAIRES

3.1 Frais admissibles

Les frais admissibles sont ceux relatifs à des soins ou des traitements administrés par une chirurgienne ou un chirurgien dentiste, une ou un spécialiste ou denturologiste légalement licencié.

La description des frais dentaires couverts par l'assurance est effectuée à partir de la nomenclature de l'édition 2015 du Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ). SSQ s'engage à administrer la présente garantie de façon à ce que l'équivalent de cette description continue de s'appliquer en tenant compte de l'évolution des techniques dentaires et des mises à jour de la nomenclature des services telles que faites par l'ACDQ.

Les frais engagés pour les actes décrits ci-après sont admissibles jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide de l'ACDQ pour l'année au cours de laquelle les services sont rendus.

Lorsqu'une personne adhérente assurée par le régime de soins dentaires engage des frais admissibles pour elle-même ou une personne à charge assurée, SSQ rembourse ces frais selon les modalités du régime.

TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE

La transmission électronique de vos demandes de prestations est disponible. La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la section 6 de la présente brochure.

3.2 Soins dentaires préventifs

Les frais admissibles ci-après **sont couverts à 80 %** et sans franchise :

3.2.1 Examen buccal clinique

- examen buccal des enfants âgés de moins de 10 ans non remboursable par le régime de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) : 1 examen par période de 12 mois
- examen buccal préventif (de rappel ou périodique) : 1 examen par période de 9 mois

- examen buccal complet, stomatognatique ou prosthodontique : 1 examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : 1 examen par période de 36 mois
- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

3.2.2 Radiographie

- a) radiographies intra-orales
- b) radiographies extraorales
 - pellicule extraorale
 - radiographie, sinus
 - radiographie, sialographie
 - substance radio-opaque
 - radiographie, ATM
 - radiographie panoramique : 1 pellicule par période de 36 mois
 - radiographie céphalométrique
 - copie du dossier et/ou des radiographies : 2 fois par année civile

Les radiographies (sauf la radiographie panoramique) sont incluses dans les examens complets ou de rappel.

3.2.3 Examens de laboratoire et tests

- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
- test bactériologique
- test histologique
- test cytologique
- modèles de diagnostic

3.2.4 Prévention

- prophylaxie, polissage de la partie coronaire des dents : 1 fois par période de 9 mois

- fluorure, traitement* : une fois par période de 9 mois
 - détartrage parodontal : 1 seul code par période de 9 mois
 - analyse du régime alimentaire et recommandations : 1 fois à vie
 - conseils et reprise des conseils d'hygiène buccale : 2 fois à vie
 - programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
 - finition d'obturation
 - scellant des puits et fissures* (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : 1 fois par période de 36 mois pour une même dent
 - meulage interproximal des dents* : 2 fois par année civile
 - améloplastie, par dent
- * *Seuls les enfants de moins de 14 ans sont admissibles à ces traitements.*

3.2.5 Correction des habitudes buccales* et appareil de maintien d'espace*

- évaluation myofonctionnelle : 1 fois par période de 24 mois
 - motivation : 1 fois à vie
 - appareil fixe ou amovible : 1 appareil par période de 24 mois
 - myothérapie : 5 fois à vie
- * *Seuls les enfants de moins de 14 ans sont admissibles à ces traitements.*

3.2.6 Services généraux complémentaires

- anesthésie locale
- responsabilité et durée requises en sus d'un acte courant

3.3 Soins dentaires de base

Les frais admissibles ci-après **sont couverts à 80 %** et assujettis à la franchise commune indiquée au point 3.5 ci-après :

3.3.1 Restauration mineure

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- collage/cimentation d'un fragment de dent brisée : 2 fois par année civile
- restauration en résine, en amalgame et en composite*
- facette fabriquée au fauteuil
- supplément pour une obturation ou une incrustation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existant
- tenon, pour restauration (en amalgame ou en composite)

Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée 1 fois par période de 12 mois.

* *L'équivalent de l'amalgame lié par mordantage est remboursé lorsqu'une restauration en composite est réclamée sur les molaires.*

3.3.2 Endodontie

- autres services endodontiques
- urgence endodontique
- traitements endodontiques généraux
- thérapie canalaire
- chirurgie endodontique périapicale

3.3.3 Parodontie

- traitement d'infection ou d'inflammation aiguë
- désensibilisation
- équilibrage de l'occlusion : 3 fois par année civile

- services parodontaux, chirurgicaux (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée) (voir point 3.8 a) ci-après)
- surfaçage radiculaire sous anesthésie locale : 1 fois par dent par période de 12 mois
- jumelage ou ligature
- ablation ou recimentation de jumelage
- appareils parodontaux : 1 appareil par maxillaire par période de 60 mois
- réparation d'appareils parodontaux : 1 fois par année civile
- regarnissage d'appareils parodontaux
- irrigation parodontale sous-gingivale

3.3.4 Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
- ablation de dent incluse, racines résiduelles, fragment de dent, exérèse
- exposition chirurgicale d'une dent : 1 fois à vie par dent
- transplantation d'une dent y compris l'immobilisation : 1 fois à vie par dent
- reposition d'une dent par chirurgie : 1 fois à vie par dent
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption : 1 fois à vie par dent
- correction et remodelage des tissus buccaux (alvéolectomie, alvéoloplastie, stomatoplastie, ostéoplastie, tubéroplastie) (voir point 3.8 a) ci-après)
- ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse
- frénectomie
- reconstruction du procès alvéolaire
- préservation de la crête à la suite d'une extraction, avec os allogène ou autre matériau de comblement

- extension des replis muqueux
- biopsie par excision, ablation d'une tumeur ou d'un kyste
- incision et drainage chirurgicaux
- trauma buccodentaire
- dysfonction temporo-mandibulaire, traitement
- glande salivaire, traitement
- sinus maxillaire, retrait d'un corps étranger et lavage
- fistule oro-antrale, fermeture
- hémorragie, contrôle
- traitement postchirurgical

3.4 Soins de restauration majeure

Les frais admissibles ci-après **sont couverts à 50 %** et sont assujettis à la franchise commune indiquée au point 3.5 ci-après :

3.4.1 Prothèse amovible (voir point 3.8 b) ci-après)

- prothèse complète
- prothèse partielle
- réfection, prothèse partielle
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse amovible partielle : 1 par 60 mois

3.4.2 Prothèse, services complémentaires

- ajustement
- remontage et équilibrage (prothèse complète ou partielle) : 1 fois par période de 60 mois
- ajout de structure à une prothèse partielle
- nettoyage
- duplicata d'une prothèse
- rebasage et regarnissage (prothèse complète ou partielle)
- garnissage temporaire thérapeutique

- remplacement des dents
- obturateur palatin : 1 fois par période de 60 mois
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante

3.4.3 Prothèse fixe (voir point 3.8 b) ci-après)

- facette fabriquée en laboratoire
- aurification
- incrustation
- couronnes complètes préfabriquées : 1 par période de 12 mois
- couronne individuelle
- couronne de transition : 1 par période de 60 mois
- supplément pour la fabrication d'une couronne ou d'un pilier sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existant
- capuchon, métal précieux ou non : 1 fois par période de 60 mois
- reconstitution d'une dent en vue d'une couronne
- pivot radiculaire
- réparation de couronne/facette
- recimentation d'une incrustation, d'une couronne, d'une facette ou d'un pivot et supplément pour mordantage de la restauration : 2 fois par année civile
- jumelage avec appui métallique coulé lié par la méthode du mordantage à l'acide : 1 fois par période de 60 mois pour une même dent
- pontique (sauf de transition)
- pilier de pont (sauf de transition)
- barre de rétention : 1 fois par période de 60 mois

3.4.4 Réparation de prothèse fixe

- ablation, pont fixe

- recimentation, pont fixe : 2 fois par année civile pour un même pilier
- réparation, pont fixe
- autres services de prothèse fixe

3.5 Franchise commune – soins dentaires de base et soins de restauration majeure

Les soins dentaires de base et les soins de restauration majeure sont assujettis à une franchise annuelle commune de 50 \$ par certificat. Il s'agit d'une franchise unique qui est applicable aux frais engagés à la fois par la personne adhérente et ses personnes à charge.

3.6 Préautorisation des traitements dentaires

S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse 800 \$ ou que les services prévus sont des soins de restauration majeure, un plan de traitement accompagné d'une radiographie doit être soumis à SSQ avant le début du traitement afin d'établir le montant des frais couverts.

De plus, des radiographies préopératoires, chartes parodontales, photographies, modèles d'étude ou autres pièces justificatives peuvent être exigés pour l'analyse et l'autorisation de certains autres soins (même si ceux-ci ont déjà été prodigués).

3.7 Remboursement maximal relatif aux soins dentaires

L'ensemble des soins prévus aux points 3.2, 3.3 et 3.4 est assujetti à un remboursement maximal par personne assurée, par année civile, comme spécifié au tableau suivant. La première année civile correspond à l'année au cours de laquelle le régime de soins dentaires est mis en vigueur dans le groupe auquel appartient la personne assurée.

Année civile	Remboursement maximal par personne assurée
Première	600 \$*
Deuxième	800 \$
Troisième et les suivantes	1 000 \$

* *Le maximum de 600 \$ prévu au cours de la première année civile s'applique indépendamment de la date d'entrée en vigueur du régime (aucun prorata).*

3.8 Restrictions liées aux soins dentaires

- a) Lorsque dans le guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les actes ou services rendus correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants différents ou à 4 quadrants différents, selon le cas, par année civile, par personne assurée.
- b) Lorsqu'une prothèse a fait l'objet d'une demande de prestations et que des frais ont été reconnus admissibles, aucune prothèse de remplacement (couronne individuelle, facette, aurification, incrustation, corps coulé, pivot préfabriqué, tenon de rétention, prothèse amovible et pont fixe) n'est admissible à un remboursement si elle est posée dans les 60 mois suivant l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, est 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.
- c) Les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés.

3.9 Exclusions liées aux soins dentaires

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- a) à la suite d'une guerre;
- b) à la suite de participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- c) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- d) si la personne assurée n'est pas tenue de payer les services reçus;
- e) pour des fins d'esthétique, sauf si spécifié autrement;
- f) qui sont remboursés ou payables par un régime ou un organisme gouvernemental;
- g) pour des examens médicaux subis à des fins d'emploi, d'assurance, de contrôle ou de vérification;

- h) qui sont remboursés ou payables par tout autre régime privé, individuel ou collectif;
- i) pour les services ou fournitures, examens, soins, frais, ou pour leurs portions excédentaires, qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- j) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la 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;
- k) les frais reliés à des unités additionnelles.

De plus, tout acte, tout traitement ou toute prothèse, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant sont exclus.

4- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 2 D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Le régime complémentaire 2 d'assurance salaire de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de la convention collective ou le régime équivalent d'assurance salaire de courte durée et pour procurer à la personne adhérente un revenu jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance si jamais une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

Lorsqu'une personne adhérente devient totalement invalide, les dispositions du présent régime qui sont en vigueur à la date de début de l'invalidité lui sont applicables jusqu'à la fin de cette période d'invalidité totale.

4.1 Choix de régime

Le régime d'assurance salaire de longue durée peut différer d'un syndicat à l'autre. En effet, chaque syndicat opte collectivement pour un régime parmi 2 choix possibles, soit le « Régime A » ou le « Régime B ». La seule différence entre ces 2 choix réside dans la définition d'invalidité totale applicable. La définition propre à chaque régime est indiquée au point 1.1.2.

4.2 Début du paiement de la rente d'invalidité

La rente mensuelle devient payable à la dernière des dates suivantes :

- a) la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale d'une même période d'invalidité totale;
- b) la fin du paiement des prestations d'invalidité prévues par la convention collective ou par un régime d'assurance salaire équivalent;
- c) pour la personne adhérente qui reçoit son traitement annuel sur une période inférieure à 12 mois et pour qui la rente mensuelle devient payable au cours de la période où le versement de son traitement par l'employeur est normalement suspendu, la rente mensuelle devient payable le 1^{er} septembre qui suit la fin du paiement des prestations d'invalidité prévues à la convention collective ou par un régime d'assurance salaire équivalent.

4.3 Montant de la rente d'invalidité

La rente mensuelle est établie en divisant par 12 la somme des 2 montants annuels suivants :

- a) Un premier montant annuel établi en fonction du traitement annuel brut de la personne adhérente à la date de début du paiement de cette rente*, et ce, de la façon suivante :
 - 1) 60 % des premiers 20 000 \$ de traitement annuel brut;
 - 2) 42,5 % des 40 000 \$ suivants de traitement annuel brut;
 - 3) 40 % de l'excédent de 60 000 \$ de traitement annuel brut.

- b) S'il y a lieu, un deuxième montant annuel, forfaitaire, établi en fonction de la situation familiale, aux fins fiscales, de la personne adhérente. La situation familiale est celle prévalant à la date de début du paiement de la rente et n'est pas modifiée par la suite. Ce montant forfaitaire est égal à :
 - 1) un montant forfaitaire annuel de 2 000 \$ pour un conjoint à charge;
 - 2) un montant forfaitaire annuel de 1 000 \$ pour une famille monoparentale;
 - 3) un montant forfaitaire annuel de 400 \$ par enfant à charge de 18 ans ou plus.

* Si le traitement annuel brut de la personne adhérente à la date de début du paiement de sa rente d'invalidité est inférieur à celui qui s'appliquait au début de cette même période d'invalidité totale, ce dernier traitement est utilisé pour les fins du calcul de la rente.

4.4 Réduction de la rente d'invalidité

Le montant de la rente mensuelle déterminé précédemment au point 4.3 est réduit des montants suivants :

a) *Traitement reçu de l'employeur*

Tout traitement reçu de l'employeur, excluant les jours de vacances et les congés de maladie monnayables payés par ce dernier.

b) *Rentes de retraite*

- 80 % du montant mensuel initial de toute rente de retraite payable par un régime de retraite concernant les employés des secteurs

public et parapublic (RREGOP, RRE, RRF, RRCE, RRPE, etc.) ou par un autre régime de retraite privé.

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 transférées du régime de retraite privé en vigueur au début de l'invalidité.

- Le montant mensuel initial de toute rente de retraite versée par le Régime de rentes du Québec (RRQ) ou par le Régime de pensions du Canada (RPC).

c) *Rentes d'invalidité d'un régime public (RRQ, RPC, CSST, SAAQ, etc.)*

Le montant mensuel initial de toute rente d'invalidité payable en relation avec l'invalidité concernée par le Régime de rentes du Québec ou par le Régime de pensions du Canada, ou en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi sociale.

d) *Rentes d'invalidité d'un régime privé (RRE, RRF)*

95 % du montant net mensuel initial de toute rente payable en relation avec l'invalidité concernée par le Régime de retraite des enseignants et le Régime de retraite des fonctionnaires ou par tout autre régime de retraite privé. Par *montant net*, on entend le montant de rente prévu par le régime concerné moins les impôts fédéral et provincial payables sur ces rentes.

Pour le calcul des impôts, les crédits d'impôt non remboursables suivants sont pris en compte :

PROVINCIAL	FÉDÉRAL
1. Montant de base	1. Montant personnel de base
2. Montant pour conjoint	2. Montant pour conjoint
3. Montant pour personnes à charge	

e) *Revenus provenant de tout emploi rémunérateur*

75 % du revenu, calculé sur une base mensuelle, qui est procuré par tout emploi rémunérateur, sauf pour la période durant laquelle s'applique un programme de réadaptation approuvé par SSQ. Par *revenu de tout emploi rémunérateur*, on entend toute activité professionnelle ou commerciale pour laquelle la personne adhérente touche une compensation directe ou indirecte, immédiate ou différée, déduction faite des dépenses courantes engagées dans l'exercice de ses fonctions d'après les normes édictées par le ministère du Revenu du Québec.

Les revenus d'investissement ne sont pas considérés comme un emploi rémunérateur, sauf si la personne adhérente s'adonne à cette activité de façon importante. Par *activité importante*, on entend une activité qui engendre un revenu supérieur à 20 % de la rente d'invalidité initiale. Dans un tel cas, seul l'excédent de 20 % est considéré comme un revenu de tout emploi rémunérateur.

Cependant, les actifs détenus avant le début de l'invalidité et les revenus d'investissement qui en découlent, ceci incluant tout gain de capital provenant de la vente de tels actifs, ne sont pas pris en considération en vertu de l'application du présent article.

Nonobstant le pourcentage du revenu procuré par tout emploi rémunérateur indiqué au premier paragraphe du présent article, la personne qui occupe un travail rémunérateur et qui n'en a pas avisé SSQ verra le montant de la rente mensuelle réduit de 100 % du revenu procuré par tout emploi rémunérateur au lieu de 75 %, et ce, rétroactivement à la date du début d'emploi.

f) *Prestations de maternité, de paternité, d'adoption ou parentales*

Le montant, calculé sur une base mensuelle, des prestations de maternité ou de paternité payables à la personne employée en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental.

Le montant, calculé sur une base mensuelle, des prestations d'adoption ou parentales payées à la personne employée en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment aux points 4.4 b), c) et d), il incombe à la personne employée de faire la preuve qu'elle a soumis des demandes de prestations aux organismes concernés.

Toutefois, la personne employée n'est pas obligée de demander le paiement d'une rente :

- lorsque la mise en paiement de cette rente entraîne l'application d'une réduction actuarielle de ladite rente; ou
- lorsqu'elle bénéficie de l'exonération des cotisations à son régime de retraite et qu'elle n'a pas atteint 38 années de service cotisées.

4.5 Indexation de la rente d'invalidité

À compter du 1^{er} janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la rente d'invalidité, le montant de la rente payable est ajusté selon les mêmes modalités que celles du RRQ, jusqu'à concurrence d'un ajustement annuel maximal de 3 %.

4.6 Durée de la rente d'invalidité

La rente est versée mensuellement tant que se poursuit la même période d'invalidité totale, sans excéder le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

4.7 Période d'invalidité totale

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale, selon la définition au point 1.1.3.

4.8 Emploi de réadaptation

La personne invalide peut s'engager, avec l'accord de SSQ, dans un emploi qui favorise sa réadaptation. La rente d'invalidité payable est alors réduite de 50 % de la rémunération provenant dudit emploi. Divers avantages sont également prévus pour faciliter la réadaptation.

4.9 Exclusions

SSQ ne verse aucune prestation pour une invalidité totale :

- a) survenue par suite d'une guerre ou d'une guerre civile, déclarée ou non, au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays étranger. La présente exclusion ne s'applique pas si la personne assurée est présente dans un pays

étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et où une recommandation du gouvernement du Canada est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais;

- b) survenue par suite de la participation active de la personne employée à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
- c) survenue pendant que la personne employée est en service actif dans les forces armées;
- d) si l'invalidité résulte d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf durant toute période pendant laquelle la personne employée reçoit des soins médicaux ou des traitements en vue de sa désintoxication;
- e) si l'invalidité a débuté alors que la personne employée n'était pas protégée en vertu du présent régime;
- f) pour une période où la personne employée n'est pas sous les soins réguliers d'une ou d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par une ou un médecin à la satisfaction de SSQ.

5- RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 3 D'ASSURANCE VIE

Ce régime prévoit une participation obligatoire à un montant minimal de protection de 10 000 \$ de l'assurance vie de la personne adhérente. Cette participation obligatoire est toutefois assortie d'un droit de retrait, qui est décrit au point 1.3.4 b). De plus, la personne employée peut choisir le contenu de son régime d'assurance vie parmi les protections décrites ci-après.

5.1 Assurance vie de la personne adhérente

5.1.1 Montant de protection

Lors du décès de la personne adhérente assurée en vertu de la présente protection, SSQ s'engage à verser à son bénéficiaire l'un des montants de protection suivants, selon le montant détenu par la personne adhérente :

10 000 \$	100 000 \$	200 000 \$
25 000 \$	125 000 \$	225 000 \$
50 000 \$	150 000 \$	250 000 \$
75 000 \$	175 000 \$	

IMPORTANT

Les montants de protection de 10 000 \$, 25 000 \$ et 50 000 \$ sont disponibles sans preuves d'assurabilité si l'employeur reçoit le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » dans les 180 jours suivant la date d'admissibilité de la personne adhérente ou la date de l'événement reconnu (voir le point 1.5.1 b)). Au-delà de ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises.

Les montants de protection supérieurs à 50 000 \$ sont toujours assujettis à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ.

5.1.2 Réduction du montant de protection

Tout montant de protection en excédent de 25 000 \$ est réduit de 50 % le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

5.1.3 Limitation en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne adhérente pour tout montant de protection en excédent de 25 000 \$ demandé plus de 180 jours après la date d'admissibilité* si cette personne décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur de ce montant de protection.

* Dans le cas d'une personne nouvellement engagée qui signe son contrat d'engagement après la date à laquelle elle devient admissible (contrat avec prise d'effet rétroactive), le délai de 180 jours s'applique à compter de la date de signature du contrat d'engagement.

5.1.4 Droit au paiement anticipé

Lorsqu'une personne adhérente est exonérée du paiement des primes et que son espérance de vie est alors inférieure à 12 mois, elle a le droit, si elle en fait la demande par écrit à SSQ, de recevoir une prestation d'invalidité maximale égale au moindre de 50 000 \$ et de 50 % du montant de protection qu'elle détient. SSQ établit ce montant de protection en appliquant immédiatement, s'il y a lieu, toute réduction de protection prévue au contrat et devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de la personne adhérente.

Si la personne adhérente désire exercer ce droit, elle doit fournir des preuves à la satisfaction de SSQ démontrant :

- que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande; et
- l'acceptation de son bénéficiaire si celui-ci est un bénéficiaire irrévocable.

Lors du décès de la personne adhérente, le montant autrement payable par SSQ au bénéficiaire est réduit du montant payé à titre de prestation d'invalidité à la personne adhérente en vertu du présent droit, accumulé avec intérêts.

Malgré ce qui précède, lorsque la personne adhérente n'a pas encore droit au bénéfice d'exonération des primes, SSQ accepte néanmoins d'appliquer les dispositions du présent article si une subrogation dûment signée par la personne adhérente et, s'il y a lieu, par son bénéficiaire est transmise à SSQ.

Si SSQ n'est plus l'assureur du présent régime à la date du décès de la personne adhérente, l'assureur en place à cette date est responsable du paiement de 100 % de la prestation, ce qui

implique un remboursement éventuel du montant de l'avance déjà consentie par SSQ, ce montant étant accumulé avec intérêts.

5.2 Assurance vie de base des personnes à charge

Cette garantie prévoit le paiement des montants suivants à la personne adhérente :

- 10 000 \$ en cas de décès de la personne conjointe;
- 5 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge âgé d'au moins 24 heures.

Dans le cas d'une famille monoparentale, le montant payable lors du décès d'un enfant à charge âgé d'au moins 24 heures est de 5 000 \$ plus un montant égal à : 10 000 \$ divisés par le nombre d'enfants à charge (y compris l'enfant à charge décédé) dans la famille à la date du décès de cet enfant à charge.

5.3 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

5.3.1 Montant de protection

En plus du montant de protection prévu précédemment au point 5.2, la personne adhérente peut demander pour sa personne conjointe de 1 à 10 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle. Tous les montants de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe sont assujettis à l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ.

5.3.2 Réduction du montant de protection

Le montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est réduit de 50 % le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente.

5.3.3 Limitation en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de la personne conjointe pour tout montant de protection de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe si cette dernière décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur de ce montant de protection.

5.3.4 Droit au paiement anticipé

Lorsque l'espérance de vie de la personne conjointe est inférieure à 12 mois, la personne adhérente a le droit, si elle en fait la demande par écrit à SSQ, de recevoir pour sa personne conjointe une prestation d'invalidité maximale égale au moins de 50 000 \$ et de 50 % du montant de protection (base et additionnelle) que la personne conjointe détient. SSQ établit ce montant de protection en appliquant immédiatement, s'il y a lieu, toute réduction de protection prévue au contrat et devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de la personne adhérente.

Si la personne adhérente désire exercer ce droit, elle doit fournir des preuves à la satisfaction de SSQ démontrant que l'espérance de vie de sa personne conjointe est inférieure à 12 mois à la date de sa demande.

Lors du décès de la personne conjointe, le montant autrement payable par SSQ à la personne adhérente est réduit du montant payé à titre de prestation d'invalidité en vertu du présent droit, accumulé avec intérêts.

Si SSQ n'est plus l'assureur du présent régime à la date du décès de la personne conjointe, l'assureur en place à cette date est responsable du paiement de 100 % de la prestation, ce qui implique un remboursement éventuel du montant de l'avance déjà consentie par SSQ, ce montant étant accumulé avec intérêts.

5.4 Bénéficiaire

Lorsqu'une personne remplit le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » et qu'elle adhère au régime complémentaire 3 d'assurance vie, il est très important que la désignation du bénéficiaire au décès soit clairement exprimée.

En l'absence de toute désignation spécifique faite par la personne adhérente, tout montant de protection payable à son décès est versé à ses ayants droit.

Quant à la somme payable au décès d'une personne conjointe ou d'un enfant à charge assuré, elle est versée à la personne adhérente, si cette dernière est toujours vivante.

6- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

6.1 Frais hospitaliers

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, la personne assurée présente sa carte d'assurance SSQ à l'hôpital.

6.2 Frais de médicaments

Deux modes de transmission sont disponibles pour les demandes de prestations de médicaments :

6.2.1 Paiement direct avec carte de paiement

Ce mode de paiement permet la transmission électronique des demandes de prestations directement de la pharmacie à SSQ. Sur présentation de la carte d'assurance SSQ, le pharmacien valide immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement. Si c'est le cas, la personne assurée n'a qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance maladie puisque SSQ rembourse directement au pharmacien la portion assurée.

Lorsque la personne assurée a déjà présenté sa carte à une pharmacienne ou à un pharmacien, elle n'a plus à le faire lors d'achats subséquents puisque ce dernier conserve cette information dans ses dossiers. Cependant, si elle change de pharmacie, elle doit la présenter à sa nouvelle pharmacienne ou à son nouveau pharmacien.

Coordination de prestations en pharmacie

Si une personne assurée est couverte par 2 régimes d'assurance collective comportant chacun une garantie d'assurance médicaments (double assurance) avec un mode de paiement direct, elle peut présenter ses 2 cartes à la pharmacienne ou au pharmacien de sorte que les prestations puissent être coordonnées au moment de l'achat.

6.2.2 Par la poste

Si la personne assurée ne peut utiliser sa carte d'assurance SSQ (perte, pharmacienne ou pharmacien non participant, etc.), elle peut acheminer ses demandes par la poste en utilisant le formulaire de demande de prestations d'assurance maladie. Ce formulaire est joint au relevé qui accompagne

le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site de SSQ au ssq.ca en suivant le lien « Particulier » puis en cliquant sur « Faire une réclamation ». Une version personnalisée du formulaire est aussi disponible sur le site [ACCÈS | assurés](http://ACCES|assures).

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom de la personne assurée, le nom de la patiente ou du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament et les frais doivent être dûment acquittés.

Les médicaments fournis par une ou un médecin (ou une infirmière ou un infirmier) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi sont également payables sur présentation des reçus indiquant le nom et la quantité des médicaments.

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les 3 mois**. Les factures ne seront pas retournées. La personne assurée doit donc en conserver des copies. **Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.** L'utilisation de la carte d'assurance SSQ pour l'achat de médicaments permet d'éviter à la personne assurée que ses factures ne soient pas présentées à temps.

6.3 Autres frais d'assurance maladie

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

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les trois mois**. Les factures ne seront pas retournées. La personne assurée doit donc en conserver des copies. **Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.**

La personne assurée doit envoyer ses demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations d'assurance maladie. Ce formulaire est joint au relevé qui accompagne le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site de SSQ au ssq.ca en suivant le lien « Particulier » puis en cliquant sur « Faire une

réclamation ». Une version personnalisée du formulaire est aussi disponible sur le site **ACCÈS | assurés**.

Pour certains frais, il est possible de faire une demande de prestations en ligne sur le site **ACCÈS | assurés** ou en utilisant les services mobiles de SSQ. Ces services sont décrits aux points 6.9 et 6.10 ci-après. Dans les deux cas, la personne adhérente doit conserver l'original des factures pendant les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Dépôt direct des prestations d'assurance maladie

Le dépôt direct permet à la personne assurée d'obtenir plus rapidement son remboursement, en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol des chèques de prestations.

La personne assurée peut adhérer au dépôt direct en s'inscrivant au site transactionnel sécurisé de SSQ : **ACCÈS | assurés**. Au moment de faire sa demande, elle doit avoir en main sa carte d'assurance SSQ de même qu'un chèque personnel indiquant son numéro de compte. Pour plus de détails sur la façon de faire de même que sur nos services Internet, la marche à suivre est indiquée au point 6.9 ci-après.

Si la personne assurée veut adhérer au dépôt direct et qu'elle n'a pas accès à Internet, ou si elle a besoin d'assistance, elle peut contacter le Service à la clientèle de SSQ aux numéros indiqués à l'endos de la présente brochure.

6.4 Frais d'assurance soins dentaires

Pour transmettre sa demande de prestations de façon électronique, la personne assurée présente sa carte d'assurance SSQ à son dentiste. Elle n'a alors à payer que la partie des frais non remboursables 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 », le signer et le retourner à SSQ. Ce formulaire est disponible chez l'employeur.

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les trois mois**. Les factures ne seront pas retournées. La personne assurée doit donc en conserver des copies. **Pour être admissibles à un remboursement, les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.**

6.5 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Ces comptes doivent être présentés à la CSST ou à la SAAQ et non à SSQ.

6.6 Assurance vie

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

6.7 Assurance salaire de longue durée

Toute demande de prestations d'assurance salaire de longue durée doit être transmise par écrit à SSQ, accompagnée des preuves satisfaisantes quant à la cause et à la durée de l'invalidité totale, y compris un rapport médical, au cours des 90 jours précédant la date à laquelle la personne assurée a droit à des prestations.

La personne assurée doit absolument présenter une telle demande de prestations, et ce, même si elle reçoit des prestations d'invalidité en vertu d'un autre régime (ex : CSST, RRQ, etc.).

6.8 Où envoyer vos demandes de prestations

La personne assurée doit indiquer son numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance qu'elle fait parvenir à SSQ à l'adresse suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Case postale 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

6.9 Services Internet de SSQ

ACCÈS | assurés

Cet outil électronique permet aux personnes assurées d'accéder en tout temps à leur dossier d'assurance. Voici quelques-unes des opérations qu'elles peuvent y effectuer de façon rapide, confidentielle et sécurisée :

- faire une demande de prestations en ligne (pour certains frais seulement);
- adhérer au dépôt direct de leurs prestations d'assurance maladie, d'assurance soins dentaires et d'assurance salaire;
- consulter en ligne leur relevé électronique de prestations;
- imprimer un coupon personnalisé de demande de prestations d'assurance maladie;
- imprimer un formulaire de demande de prestations d'assurance soins dentaires;
- commander un relevé de prestations d'assurance maladie pour fins d'impôt;
- imprimer une carte SSQ temporaire, si elles ont perdu ou oublié la leur;
- effectuer un changement d'adresse;
- imprimer le formulaire pour les médicaments d'exception;
- effectuer une déclaration de fréquentation scolaire;
- vérifier ou modifier le nom du bénéficiaire de leur assurance vie;
- visualiser les garanties figurant à leur dossier d'assurance;
- connaître le solde de leur compte pour les garanties concernées.

Pour s'inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages qu'offrent les services Internet de SSQ, les personnes assurées n'ont qu'à se rendre sur le site de SSQ au ssq.ca. Ensuite, elles doivent cliquer sur le lien **ACCÈS | assurés** dans la section réservée à l'assurance collective. Des directives en ligne les guideront dans leur processus d'inscription.

Si elle a besoin d'assistance, la personne assurée peut communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

6.10 Services mobiles de SSQ

La personne assurée qui utilise un appareil mobile peut télécharger gratuitement l'application SSQ Services mobiles. Elle peut ainsi :

- faire une réclamation d'assurance collective;
- consulter l'historique de ses derniers paiements;
- obtenir une version électronique de sa carte SSQ;
- communiquer avec notre service à la clientèle.

Pour plus de renseignements sur les services mobiles de SSQ, la personne assurée n'a qu'à se rendre sur le site de SSQ au ssq.ca.

6.11 Dossier et renseignements personnels

Avis de constitution d'un dossier

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

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

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

Mandataires et fournisseurs de services

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour

leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'une personne fait une demande de prestations, 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 ci-dessus. 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 de SSQ au ssq.ca.

Cette brochure d'assurance collective est également disponible en version électronique sur le site de SSQ au **ssq.ca**. Pour y accéder, cliquez sur le lien **ACCÈS | assurés** dans la section réservée à l'assurance collective.

Nous vous invitons à consulter cette brochure en ligne puisque les modifications apportées à votre régime d'assurance collective y seront intégrées périodiquement.

Les taux de primes applicables pour l'année en cours sont disponibles dans le dépliant « Votre régime d'assurance collective en un coup d'œil », que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur ou sur **ACCÈS | assurés**.

POUR NOUS JOINDRE

Édifice SSQ

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

Région de Montréal : 514 223-2500

Autres régions : 1 877 651-8080

ssq.ca

Veuillez conserver cette brochure
pour consultation ultérieure.

SSQ Groupe
financier

Les valeurs à la bonne place