



Votre régime



Police 88H00

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

1^{er} janvier 2023

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles
en vigueur le 1^{er} janvier 2023**

Numéro de police : 88H00

Dans ce document, SSQ Assurance (ou SSQ) signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance, 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Définitions et interprétation.....	1
Règles de participation	5
Périodes d'application de l'assurance	8
Paiement des prestations	12
Limitation des engagements contractuels.....	13
Changements d'assureur	13
Exonération des primes en cas d'invalidité totale	14
RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ	16
Assurance maladie	16
Médicaments (Assurance maladie).....	24
Hospitalisation (Assurance maladie).....	27
Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie).....	28
Professionnels de la santé (Assurance maladie)	29
Autres frais médicaux (Assurance maladie).....	31
Soins et services d'aide à domicile (Assurance maladie).....	37
Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie).....	39
Assurance annulation de voyage (Assurance maladie).....	44
Assurance soins dentaires	51
Diagnostic et prévention (Assurance soins dentaires)	56
Soins de base (Assurance soins dentaires).....	59
Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires).....	61
Services d'orthodontie (Assurance soins dentaires).....	63

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents	Tous les membres de la FMSQ ou de MÉDECINS FRANCOPHONES DU CANADA et tous les dirigeants de la FMSQ ou d'une de ses filiales.
Date d'admissibilité	À la date à laquelle un médecin devient membre en règle de la FMSQ ou de MÉDECINS FRANCOPHONES DU CANADA, pourvu qu'il soit âgé de moins de 65 ans. À la date à laquelle un dirigeant de la FMSQ ou d'une de ses filiales prend sa retraite.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans

À moins d'indication contraire, les maximums indiqués ci-dessous s'appliquent par année civile, par personne assurée.

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
Médicaments ⁽¹⁾			
Franchise par année civile			
Individuel et monoparental :	100 \$	200 \$	150 \$
Couple et familial :	200 \$	400 \$	300 \$
Report de franchise : Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une année civile et qui ont servi à couvrir en totalité ou en partie la franchise de l'année en question pour la présente garantie servent aussi à couvrir d'autant la franchise de l'année civile suivante pour cette même garantie, le cas échéant.			
Pourcentage de remboursement	75 % ⁽²⁾	80 % ⁽²⁾	66 % ⁽³⁾
Médicaments avec carte SSQ – paiement direct *	Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription		Produits de la liste RGAMQ
Médicaments – Dysfonction sexuelle *	√		Non couvert
Médicaments – Produits antitabac *	Selon le RGAM		
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour		Non couvert
Vaccins préventifs (produits immunisants) *	√		

⁽¹⁾ Options 1, 2 et 3 : Si vous choisissez d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, votre remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par SSQ.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans (suite)

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
------------	----------	----------	----------

- ⁽¹⁾ Options 1 et 2 seulement : Si vous choisissez d'acheter un médicament biologique admissible pour lequel une version biosimilaire existe sur le marché, votre remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament biosimilaire le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament biologique pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par SSQ.
- ⁽²⁾ Lorsque le maximum annuel à déboursier selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour tout médicament sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour l'achat de tout médicament participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, sauf les médicaments biologiques pour lesquels l'absence de substitution n'a pas été approuvée par SSQ. Pour ces médicaments, la différence entre le coût du médicament biologique et du médicament biosimilaire ne participe pas à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, mais la franchise et la coassurance des frais de médicaments appliquée sur le médicament biosimilaire y participent. Ce maximum annuel s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.
- ⁽³⁾ Lorsque le maximum annuel à déboursier selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour tout médicament sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour l'achat de tout médicament participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier. Ce maximum annuel s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.

Hospitalisation			
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %	s.o.
Chambre d'hôpital	Non couvert	Chambre privée	Non couvert
Établissements pour soins spécialisés			
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %	s.o.
Maison de convalescence *	Non couvert	Chambre privée	Non couvert
Centre de réadaptation *		Chambre privée	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans (suite)

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
Professionnels de la santé			
Franchise par année civile	s.o.	Franchise regroupée avec celle des médicaments	s.o.
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %	s.o.
Acupuncteur	Non couvert	30 \$ admissibles par traitement 20 traitements	Non couvert
Audiologiste *		√	
Chiropraticien		30 \$ admissibles par traitement 20 traitements	
Chiropraticien – Radiographies		√	
Diététiste		25 \$ admissibles par traitement 20 traitements	
Ergothérapeute *		√	
Orthophoniste *		√	
Ostéopathe		65 \$ admissibles par traitement	
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé		Maximum regroupé de 1 000 \$ de remboursement	
Podiatre		35 \$ admissibles par traitement	
Podologue		Maximum regroupé de 500 \$ de remboursement	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans (suite)

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
Psychanalyste *	Non couvert	95 \$ admissibles par traitement	Non couvert
Psychologue *		Maximum regroupé de 1 000 \$ de remboursement	
Psychothérapeute *			
Travailleur social *			
Autres frais médicaux			
Franchise par année civile	s.o.	Franchise regroupée avec celle des médicaments	s.o.
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %	s.o.
Accessoires pour pompe à insuline *	Non couvert	√	Non couvert
Ambulance		√	
Analyses de laboratoire *		√	
Appareil auditif		800 \$ admissibles pour 48 mois consécutifs, excluant les piles	
Appareil d'assistance respiratoire *		10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat	
Appareils orthopédiques *		√	
Appareils thérapeutiques *		Maximum regroupé de 10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat	
Pompe à insuline *		√	
Articles pour stomie *		√	
Bas de contention *		3 paires (20 mm de HG ou plus)	
Chaussures orthopédiques *		√	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans (suite)

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
Chaussures profondes *	Non couvert	√	Non couvert
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident *		10 000 \$ de remboursement par accident, dans les 12 mois suivant l'accident	
Cure de désintoxication *		80 \$ admissibles par jour 2 500 \$ de remboursement pour la durée du contrat	
Échographies *		√	
Électrocardiogrammes *		√	
Fauteuil roulant et marchette *		√	
Glucomètre *		300 \$ admissibles pour 60 mois consécutifs	
Infirmier *		300 \$ admissibles par jour 10 000 \$ de remboursement	
Lentilles intraoculaires *		Maximum regroupé de 5 000 \$ de remboursement par membre ou par prothèse	
Prothèse externe et membre artificiel *			
Prothèses mammaires *			
Soutiens-gorges postopératoires *			
Lit d'hôpital *		√	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans (suite)

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
Moniteur d'apnée *	Non couvert	√	Non couvert
Neurostimulateur transcutané *		1 000 \$ admissibles pour 60 mois consécutifs	
Orthèses plantaires *		380 \$ admissibles	
Oxygène et matériel nécessaire à son administration *		√	
Prothèse capillaire *		300 \$ de remboursement pour la durée du contrat	
Radiographies *		√	
Radiothérapie *		√	
Résonances magnétiques *		√	
Tests pharmacogénétiques *		Pourcentage de remboursement : 100 %	
Tomodensitométries *		√	
Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles		Dans les 12 mois suivant l'accident	

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de moins de 65 ans (suite)

Protection	Option 1	Option 2	Option 3
Soins et services d'aide à domicile			
Franchise par année civile	s.o.	Franchise regroupée avec celle des médicaments	s.o.
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %	s.o.
Frais de garde des enfants *	Non couvert	25 \$ admissibles par jour	Non couvert
Frais de transport *		30 \$ admissibles par jour	
Services d'aide à domicile *		60 \$ admissibles par jour	
Voyage			
Pourcentage de remboursement	100 %	100 %	s.o.
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ de remboursement par séjour		Non couvert
Assurance annulation de voyage	10 000 \$ de remboursement par séjour		
Fin de l'assurance	Le 1 ^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le jour de votre 65 ^e anniversaire.		

* Ordonnance médicale requise

√ Frais usuels et raisonnables

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de 65 ans ou plus et dirigeants (option B seulement)

À moins d'indication contraire, les maximums indiqués ci-dessous s'appliquent par année civile, par personne assurée.

Protection	Option A	Option B
Médicaments ⁽¹⁾		
Franchise par année civile	Individuel : 100 \$ Familial : 100 \$ Monoparental : 100 \$ Couple : 100 \$	s.o.
Report de franchise : Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une année civile et qui ont servi à couvrir en totalité ou en partie la franchise de l'année en question pour la présente garantie servent aussi à couvrir d'autant la franchise de l'année civile suivante pour cette même garantie, le cas échéant.		
Pourcentage de remboursement	75 % ⁽²⁾	s.o.
Médicaments avec carte SSQ – paiement direct *	Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription	Non couvert
Médicaments – Dysfonction sexuelle *	√	
Médicaments – Produits antitabac *	Selon le RGAM	
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour	
Vaccins préventifs (produits immunisants) *	√	

⁽¹⁾ Si vous choisissez d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, votre remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Si vous choisissez d'acheter un médicament biologique admissible pour lequel une version biosimilaire existe sur le marché, votre remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament biosimilaire le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur ou biologique pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par SSQ.

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de 65 ans ou plus et dirigeants (option B seulement) (suite)

Protection	Option A	Option B
⁽²⁾ Lorsque le maximum annuel à déboursier selon le RGAM est atteint, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile pour tout médicament sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour l'achat de tout médicament participent à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, sauf les médicaments biologiques pour lesquels l'absence de substitution n'a pas été approuvée par SSQ. Pour ces médicaments, la différence entre le coût du médicament biologique et du médicament biosimilaire ne participe pas à l'atteinte du maximum annuel à déboursier, mais la franchise et la coassurance des frais de médicaments appliquée sur le médicament biosimilaire y participent. Ce maximum annuel s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.		
Hospitalisation		
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %
Chambre d'hôpital	Non couvert	Chambre privée
Établissements pour soins spécialisés		
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %
Maison de convalescence *	Non couvert	Chambre privée
Centre de réadaptation *		Chambre privée
Professionnels de la santé		
Franchise par année civile	s.o.	Individuel : 50 \$ Familial : 50 \$ Monoparental : 50 \$ Couple : 50 \$
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %
Acupuncteur	Non couvert	30 \$ admissibles par traitement 20 traitements
Audiologiste *		√

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de 65 ans ou plus et dirigeants (option B seulement) (suite)

Protection	Option A	Option B						
Chiropraticien	Non couvert	30 \$ admissibles par traitement 20 traitements						
Chiropraticien – Radiographies		√						
Diététiste		25 \$ admissibles par traitement 20 traitements						
Ergothérapeute *		√						
Orthophoniste *		√						
Ostéopathe		Non couvert	65 \$ admissibles par traitement Maximum regroupé de 1 000 \$ de remboursement					
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé			Non couvert	35 \$ admissibles par traitement Maximum regroupé de 500 \$ de remboursement				
Podiatre				Non couvert	95 \$ admissibles par traitement Maximum regroupé de 1 000 \$ de remboursement			
Podologue					Non couvert			
Psychanalyste *						Non couvert		
Psychologue *							Non couvert	
Psychothérapeute *								Non couvert
Travailleur social *		Non couvert						
Autres frais médicaux								
Franchise par année civile	s.o.		Franchise regroupée avec celle des professionnels de la santé					
Pourcentage de remboursement	s.o.		80 %					
Accessoires pour pompe à insuline *	Non couvert		√					
Ambulance			√					

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de 65 ans ou plus et dirigeants (option B seulement) (suite)

Protection	Option A	Option B
Analyses de laboratoire *	Non couvert	√
Appareil auditif		800 \$ admissibles pour 48 mois consécutifs, excluant les piles
Appareil d'assistance respiratoire *		10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat
Appareils orthopédiques *		√
Appareils thérapeutiques *		Maximum regroupé de 10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat
Pompe à insuline *		√
Articles pour stomie *		√
Bas de contention *		3 paires (20 mm de HG ou plus)
Chaussures orthopédiques *		√
Chaussures profondes *		√
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident *		10 000 \$ de remboursement par accident, dans les 12 mois suivant l'accident
Cure de désintoxication *		80 \$ admissibles par jour 2 500 \$ de remboursement pour la durée du contrat
Échographies *		√
Électrocardiogrammes *		√
Fauteuil roulant et marchette *		√
Glucomètre *		300 \$ admissibles pour 60 mois consécutifs

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de 65 ans ou plus et dirigeants (option B seulement) (suite)

Protection	Option A	Option B	
Infirmier *	Non couvert	300 \$ admissibles par jour 10 000 \$ de remboursement	
Lentilles intraoculaires *		Non couvert	Maximum regroupé de 5 000 \$ de remboursement par membre ou par prothèse
Prothèse externe et membre artificiel *			
Prothèses mammaires *			
Soutiens-gorges postopératoires *			
Lit d'hôpital *			
Moniteur d'apnée			√
Neurostimulateur transcutané *			1 000 \$ admissibles pour 60 mois consécutifs
Orthèses plantaires *			380 \$ admissibles
Oxygène et matériel nécessaire à son administration			√
Prothèse capillaire *			300 \$ de remboursement pour la durée du contrat
Radiographies *			√
Radiothérapie *			√
Résonances magnétiques *			√
Tests pharmacogénétiques *			Pourcentage de remboursement : 100 %
Tomodensitométries *			√

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance maladie - Membres de 65 ans ou plus et dirigeants (option B seulement) (suite)

Protection	Option A	Option B
Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	Non couvert	Dans les 12 mois suivant l'accident
Soins et services d'aide à domicile		
Franchise par année civile	s.o.	Franchise regroupée avec celle des professionnels de la santé
Pourcentage de remboursement	s.o.	80 %
Frais de garde des enfants *	Non couvert	25 \$ admissibles par jour
Frais de transport *		30 \$ admissibles par jour
Services d'aide à domicile *		60 \$ admissibles par jour
Voyage		
Pourcentage de remboursement	s.o.	100 %
Assurance voyage avec assistance	Non couvert	5 000 000 \$ de remboursement par séjour
Assurance annulation de voyage		10 000 \$ de remboursement par séjour
Fin de l'assurance	Le jour de votre décès.	

* **Ordonnance médicale requise**

√ **Frais usuels et raisonnables**

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance soins dentaires - Options 2 et B seulement

Franchise par année civile :

Individuel : 100 \$ Familial : 100 \$ Monoparental : 100 \$ Couple : 100 \$

Année de référence des tarifs suggérés maximums : l'année au cours de laquelle les services sont rendus

Mode de transmission des demandes de prestations : Électronique

Protection	Maximum de remboursement	Franchise	Pourcentage de remboursement
Diagnostic et prévention			
Diagnostic Prévention et appareil de maintien	Maximum regroupé avec les soins de base	√	100 %
Soins de base			
Restauration mineure Endodontie Parodontie Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible Réparation de pont fixe et de couronne Chirurgie buccale Services généraux complémentaires	Maximum regroupé de 1 500 \$ par année civile par personne assurée	√	80 %
Services de prosthodontie			
Restauration majeure et prothèse fixe Prothèse amovible Pont fixe	Maximum regroupé avec les soins de base	√	50 %
Services d'orthodontie			
Orthodontie	1 500 \$ pour la durée du contrat par personne assurée	√	50 %
Fréquence des examens de rappel	6 mois		
Fin de l'assurance	Le jour de votre décès.		

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

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

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

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un autre médecin que l'adhérent lui-même et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Adhérent

Personne admise à l'assurance en sa qualité de membre ou de dirigeant. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un membre ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada et y a effectivement son lieu de travail habituel, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties.

Administrateur

Toute corporation désignée par le preneur du présent contrat. (Aux fins de la présente, SOGEMEC ASSURANCES INC. a été désigné par le preneur à titre d'administrateur.)

Conjoint

Personne admissible qui, au moment de l'événement ouvrant droit à des prestations :

- 1) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- 2) vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit maritalement avec l'adhérent et a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la présente police;
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou de l'union civile.

Contrat

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

Enfant à charge

Personne admissible qui n'a pas de conjoint et qui :

- 1) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- 2) a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- 3) est majeure et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en 1) ou en 2) dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

FMSQ

Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Hospitalisation

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

Invalidité totale

La définition choisie par l'adhérent en vertu de l'assurance perte de revenu (garantie C) du contrat 88G00 ou la définition applicable en vertu de la garantie invalidité de longue durée du contrat 88J00.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un autre médecin que l'adhérent lui-même. Aux fins de la présente police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin

Personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique.

Membre

Tout membre en règle de la FMSQ ou de MÉDECINS FRANCOPHONES DU CANADA.

Période d'invalidité totale

Toute période continue d'invalidité totale, ou toutes périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident.

Des périodes d'invalidité totale successives résultant d'une même maladie ou d'un même accident doivent être séparées par une période de moins de :

- a) 31 jours consécutifs de travail actif à temps plein pendant les 6 premiers mois d'une invalidité totale; et
- b) 180 jours consécutifs de travail actif à temps plein par la suite;

pour être considérées comme une même période d'invalidité totale. Dans un tel cas, la période d'invalidité totale minimale de six mois consécutifs n'a pas à être satisfaite de nouveau.

Si une invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale de la période d'invalidité précédente et que ces périodes successives d'invalidité totale sont séparées par au moins un jour de travail actif à temps plein, les périodes d'invalidité totale sont considérées comme des périodes d'invalidité distinctes. Dans un tel cas, la période d'invalidité totale minimale de six mois consécutifs doit être satisfaite de nouveau.

Personne assurée

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

Subrogation

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

Vous

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

Règles de participation

1. Obligation de participer

L'assurance maladie est une garantie à participation obligatoire. Toutefois, un droit d'exemption de participation s'applique à cette garantie.

L'assurance soins dentaires est une garantie à participation facultative. L'adhésion à cette garantie est conditionnelle à la participation à l'une ou l'autre des 2 options de la garantie d'assurance maladie suivantes :

- Option 2; ou
- Option B.

Toutefois, le maintien en vigueur de cette garantie exige la participation minimale de 25 adhérents.

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire.

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

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

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

3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion doit parvenir à l'administrateur ou à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce même si l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Dans certains cas, SSQ peut exiger des preuves d'assurabilité et refuser la demande d'adhésion.

Lorsque vous devenez admissible à l'assurance à titre d'adhérent, vous devez choisir le statut de protection (individuel, monoparental, couple ou familial) que vous souhaitez détenir à l'égard des garanties d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires s'il y a lieu. Le même statut de protection s'applique aux deux garanties. À titre de membre, vous devez également choisir l'option (1, 2 ou 3) que vous souhaitez détenir à l'égard de la garantie d'assurance maladie et déterminer si vous désirez être assuré en vertu de la garantie d'assurance soins dentaires. Vous devez faire vos choix dans les 180 jours suivant votre admissibilité.

Certains événements peuvent vous permettre de modifier le statut de protection et l'option qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'application de l'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.

L'administrateur du régime doit aviser SSQ par écrit de l'ajout de toute nouvelle personne devant être assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge et de toute personne qui doit cesser de l'être.

4. Personne assurée de 65 ans ou plus

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

Lorsque vous atteignez 65 ans, vous devez, à titre de membre, choisir l'option (A ou B) que vous souhaitez détenir à l'égard de l'assurance soins de santé. Ce choix est déterminé en fonction de l'option (1, 2 ou 3) que vous déteniez avant d'atteindre 65 ans, selon les dispositions suivantes :

Option détenue avant 65 ans	Options disponibles à 65 ans
Option 1	Option A
	Demeurer inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec et cesser d'être assuré en vertu de la présente police
Option 2 *	Option B + demeurer inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec
	Option A seulement
	Option A + option B
Option 3	Option A
	Demeurer inscrit au régime public d'assurance médicaments du Québec et cesser d'être assuré en vertu de la présente police

* L'option B est offerte exclusivement aux membres qui détenaient l'option 2 immédiatement avant d'atteindre 65 ans. Un membre qui n'a pas choisi l'option B ne peut plus par la suite devenir assurée en vertu de cette option.

Lorsque vous prenez votre retraite, vous devenez, à titre de dirigeant, assuré en vertu de l'option B et vous devez déterminer si vous désirez être assuré en vertu de la garantie d'assurance soins dentaires. Vous devez également vous inscrire au régime public d'assurance médicaments du Québec si ce n'est pas déjà fait.

5. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit aux options 1 et 2 de la garantie d'assurance maladie, si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- a) Vous n'êtes plus admissible ou avez annulé votre participation à l'assurance d'un autre groupe association.
- b) Vous n'avez pas adhéré au présent régime lorsque vous y êtes devenu admissible. Des preuves d'assurabilité ne sont pas requises si vous n'avez pas adhéré au présent régime parce que vous étiez assuré en vertu du régime d'assurance collective de votre conjoint ou de votre employeur.

Si vous présentez des preuves d'assurabilité pour votre conjoint ou vos enfants à charge, l'assurance ainsi obtenue n'est en vigueur que pour la personne pour qui les preuves ont été approuvées.

6. Droit d'exemption

Si vous êtes assuré par une garantie équivalente d'un autre contrat d'assurance collective, vous pouvez obtenir une exemption de participation à l'assurance de la garantie d'assurance maladie en vous adressant à l'administrateur. Vous devez aviser l'administrateur par écrit dès que vous cessez d'être assuré par la garantie vous ayant permis d'être exempté de participer à une assurance du présent régime. Cette dernière entre alors en vigueur rétroactivement à la date de la fin de votre assurance en vertu de l'autre contrat, sous réserve du paiement de toutes les primes payables depuis cette date. Si vous n'avisez pas l'administrateur par écrit dans les 31 jours suivant la fin de votre droit d'exemption, la date d'entrée en vigueur de cette garantie sera alors la date à laquelle l'administrateur ou l'assureur reçoit votre avis écrit.

De plus, pour adhérer aux options 2 ou B, vous devez prouver que vous étiez assuré en vertu d'un régime d'assurance collective similaire à celui que vous demandez en vertu du présent régime.

Tant que toutes les primes n'ont pas été versées à SSQ, aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés avant l'entrée en vigueur de votre assurance en vertu du présent régime.

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

Périodes d'application de l'assurance

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

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

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

Si SSQ reçoit votre demande d'adhésion à l'assurance au plus tard dans les 180 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible, votre assurance entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous y devenez admissible.
- la date à laquelle l'administrateur ou SSQ reçoit votre demande.
- si vous devez fournir des preuves d'assurabilité, la date à laquelle elles sont acceptées par SSQ.
- la date à laquelle l'administrateur ou SSQ reçoit votre demande de modification d'option, pourvu que les conditions applicables de la présente police aient été respectées.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

L'assurance de vos personnes à charge entre en vigueur, si elles ne sont pas hospitalisées, à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle débute votre assurance, si vous avez demandé l'assurance pour vos personnes à charge au même moment que la vôtre.
- la date à laquelle l'administrateur ou SSQ reçoit la demande.
- la date à laquelle une personne à charge devient admissible, si la demande d'assurance pour cette personne est reçue par l'administrateur ou SSQ dans les 31 jours suivant sont admissibilité.

Si une personne à charge est hospitalisée le jour où son assurance doit normalement entrer en vigueur, elle devient assurée 24 heures après son retour à votre domicile. Toutefois, un nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assurés dès sa naissance.

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

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Modification des options choisies

Pour les membres

Ce n'est qu'après avoir complété une période minimale de participation de 2 ans à une même option (1, 2 ou 3), qu'il sera possible de changer d'option. Les périodes d'exemption et les périodes d'invalidité totale entreront dans le calcul de la période minimale de participation à une même option.

Au cours d'une période minimale de participation à une même option, il n'est possible de changer d'option qu'à la date où survient l'un des événements suivants, pourvu que la demande en soit faite dans les 31 jours qui suivent l'événement :

- début d'admissibilité d'une première personne à charge;
- séparation légale ou divorce.

Les membres qui sont en période d'invalidité totale ne peuvent en aucun temps changer d'option. Ils pourront le faire en présentant leur demande à l'administrateur au plus tard 31 jours après leur retour effectif au travail, pourvu qu'ils aient complété la période minimale de participation.

Si vous êtes exempté de la garantie d'assurance maladie, vous pourrez effectuer un choix lorsque vous cesserez d'en être exempté.

Pour tous les adhérents

La période minimale de participation à la garantie d'assurance soins dentaires est de 3 ans. Un adhérent faisant le choix de ne plus être couvert en vertu de cette garantie ne peut plus y adhérer par la suite.

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

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

Si la demande parvient chez l'administrateur ou SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle l'administrateur ou SSQ reçoit la demande d'augmentation.

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

3.3 Assurance non modifiable

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

3.4 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

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

4. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez alors que vous êtes assuré en vertu des options 2 ou B et que votre conjoint et vos enfants à charge soient alors assurés, leur participation à l'assurance peut être maintenue en vertu de l'option B, sur demande et sous réserve du paiement des primes et des conditions suivantes :

- la demande de maintien en vigueur de l'assurance doit être présentée à l'administrateur ou à SSQ dans les 60 jours suivant votre décès;
- votre conjoint et vos enfants à charge, s'il y a lieu, ont l'obligation de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments du Québec quel que soit leur âge;
- aucun nouveau conjoint ne peut devenir assuré par la suite;
- la décision de ne pas maintenir l'assurance en vigueur est irrévocable.

L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge, s'il y a lieu, est maintenue jusqu'à la dernière des dates suivantes :

- la date du décès de votre conjoint;
- la date à laquelle la participation de vos enfants à charge à l'assurance aurait pris fin si vous n'étiez pas décédé.

Si l'assurance n'est pas maintenue, l'assurance voyage continue de s'appliquer pour toute personne à charge assurée qui est en voyage à l'extérieur de sa province de résidence au moment de votre décès, jusqu'à la première des dates suivantes :

- le 31^e jour suivant le décès de l'adhérent;
- la date de fin du voyage en cours.

Pour toute garantie comportant un droit de transformation, ce droit s'applique à la fin de l'assurance ainsi prolongée, aux conditions alors applicables.

5. Fin de l'assurance

Pour vous-même

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

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- c) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- d) la date indiquée dans un avis écrit de l'adhérent à l'administrateur ou à SSQ, à la condition que cette date ne soit pas antérieure à la date à laquelle l'avis en question parvient chez l'administrateur. Dans un tel cas, l'assurance prendra fin à la date à laquelle l'administrateur ou SSQ reçoit l'avis;
- e) la date à laquelle votre exonération des primes prend fin en raison de l'âge que vous avez atteint, sauf dans les cas où des dispositions légales empêchent l'application de cette fin d'assurance;
- f) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- g) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

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

- a) la date de la fin de votre assurance, sous réserve des dispositions de l'article intitulé « Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- c) la date à laquelle le conjoint ou un de vos enfant à charge n'est plus admissible à l'assurance.

Paieiment des prestations

1. Montants des prestations

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

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

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

3. Délai de prescription

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances applicable, ou, au Québec, dans le délai prévu par le Code civil du Québec.

4. Preuves exigibles par SSQ

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

5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

6. Responsabilité civile et subrogation

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

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

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

Limitation des engagements contractuels

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

Changements d'assureur

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

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

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

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

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

1. Droit à l'exonération

Si vous devenez totalement invalide pendant que votre assurance est en vigueur en vertu du contrat, votre participation à l'assurance des garanties énumérées ci-après sera maintenue sans paiement de primes, et ce à compter de la date de début d'exonération prévue au présent régime.

- L'assurance maladie
- L'assurance soins dentaires

Vous devez répondre aux conditions suivantes pour bénéficier de l'exonération des primes en vertu du contrat :

- a) vous devez être couvert en vertu de l'assurance perte de revenu (Garantie C) du contrat 88G00 ou de l'assurance invalidité de longue durée du contrat 88J00;
- b) votre invalidité totale doit débuter pendant que vous êtes assuré par le contrat et avant l'âge de 60 ans;
- c) vous devez être sous les soins continus d'un médecin, à moins de vous trouver dans un état d'invalidité totale stationnaire attesté par votre médecin, à la satisfaction de SSQ;
- d) votre invalidité totale doit répondre à la définition qui s'appliquait lorsque vous êtes devenu totalement invalide.

2. Début et fin d'exonération des primes par garantie

Les dates de début et de fin d'exonération des primes par garantie sont indiquées ci-après.

2.1 L'assurance maladie

Date de début :

- le premier jour du mois suivant les 6 premiers mois d'une même période d'invalidité totale.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans;
- la date de fin de la garantie;
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

2.2 L'assurance soins dentaires

Date de début :

- le premier jour du mois suivant les 6 premiers mois d'une même période d'invalidité totale.

Date de fin (la plus hâtive des dates suivantes) :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans;
- la date de fin de la garantie;
- la date prévue à cet égard à l'article intitulé « Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

3. Fin de l'exonération des primes pour l'ensemble des garanties

En plus de ne pouvoir se poursuivre après les dates indiquées précédemment, l'exonération des primes prend automatiquement fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale;
- b) la date à laquelle vous cessez d'être sous les soins d'un médecin, sauf si votre invalidité totale, telle que définie au contrat, est un état stationnaire attesté par un médecin de manière jugée satisfaisante par SSQ;
- c) la date à laquelle SSQ vous a demandé des preuves de votre invalidité totale, si vous avez été incapable ou avez refusé de les lui fournir dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite;
- d) la date à laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- e) la date à laquelle SSQ vous a demandé de vous soumettre à un examen par un professionnel de la santé ou à un traitement susceptible de favoriser votre rétablissement, si vous ne vous y êtes pas soumis dans les 90 jours suivant la date à laquelle la demande en a été faite.

4. Demande d'exonération des primes

Le formulaire de demande de prestations d'assurance perte de revenu ou invalidité de longue durée sert de demande d'exonération des primes. SSQ peut exiger des preuves et pièces justificatives supplémentaires. Votre demande et vos pièces justificatives doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à l'exonération des primes. Si ce délai n'est pas respecté, vous devez démontrer qu'il était impossible de présenter la demande et les documents plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser votre demande ou interrompre la période d'exonération.

À partir du moment où SSQ vous avise du refus ou de l'interruption de l'exonération, vous disposez de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de votre droit à cette exonération ou pour faire réviser votre dossier.

À défaut de produire votre demande d'exonération ou de révision à l'intérieur du délai prévu, votre droit à l'exonération ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande d'exonération puisse être acceptée, tous les documents requis doivent être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la date du début de votre invalidité totale. De plus, en cas de refus ou d'interruption d'exonération, aucune période d'exonération ne pourra s'appliquer à votre invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou d'interruption.

RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Assurance maladie

1. Définitions

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

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage.

Activité quotidienne de base

Se dit de chacune des activités suivantes : se nourrir, se vêtir, se déplacer, pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène.

Associé en affaires

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Fournisseur de services d'aide à domicile

Se dit d'une personne travaillant contre rémunération pour une entreprise spécialisée dans les services d'aide à domicile, qu'il s'agisse d'une coopérative ou d'une agence incorporée ou enregistrée. Se dit aussi d'un travailleur autonome fournissant des services d'aide à domicile dans le cadre d'un contrat auprès d'une telle entreprise. Se dit aussi d'un travailleur autonome spécialisé dans les services d'aide à domicile, lorsque les services sont fournis dans une région où une telle entreprise n'existe pas.

Frais admissibles

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

Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

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

Franchise

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

Hôpital

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

Hôte à destination

Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce.

Proche parent

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

Province

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

Transporteur public

Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération.

Voyage

Aux fins de l'assurance voyage avec assistance : Se dit de tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.

Aux fins de l'assurance annulation de voyage : Se dit du déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. Pour être reconnu comme un voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuits consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité ou autorisé par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

2. Objet de l'assurance

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

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

- Médicaments;
- Hospitalisation;
- Établissements pour soins spécialisés;
- Professionnels de la santé;
- Autres frais médicaux;
- Soins et services d'aide à domicile;
- Assurance voyage avec assistance;
- Assurance annulation de voyage.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

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

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

- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

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

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

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

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

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

- a) pour des frais engagés par suite
 - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;
 - de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
 - d'une guerre, déclarée ou non;
 - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
 - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité et, pour les options 1, 2, 3 et A, qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés et, pour les options 1, 2, 3 et A, qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et, pour les options 1, 2, 3 et A, qui ne sont pas couverts par la garantie Médicaments du présent régime;

- h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et, pour les options 1, 2, 3 et A, qui ne sont pas couverts par la garantie Médicaments du présent régime;
- i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et, pour les options 1, 2, 3 et A, qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et, pour les options 1, 2, 3 et A, qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
- k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;
- m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;
- o) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
- r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- s) pour des frais de livraison ou de poste.

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

5. Protection multiple et coordination des prestations

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

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

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

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

Les frais admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage sont réduits des prestations correspondantes payables en vertu de tout autre contrat d'assurance. Si vous avez droit à des prestations à la fois en vertu de l'une de ces assurances et en vertu d'une autre protection du présent régime, les seules prestations payables sont celles de l'assurance voyage avec assistance ou de l'assurance annulation de voyage.

6. Droit de transformation

Si l'assurance d'une personne en vertu de la présente garantie prend fin parce que celle-ci cesse d'y être admissible, cette personne peut obtenir une assurance maladie pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle en fasse la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours suivant la date de la fin de son assurance collective. Dans les autres cas, l'assurance maladie pour particuliers peut s'obtenir seulement sur présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ.

7. Demandes de prestations

Sauf dans les cas d'utilisation de la carte SSQ, toute demande de prestations doit être effectuée :

- a) en ligne sur le site **Espace client** au espace-client.ssq.ca;
- b) à l'aide de l'application SSQ Services mobiles que vous pouvez télécharger au www.ssq.ca/mobile; ou
- c) à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible sur le site **Espace client** ou auprès du service à la clientèle de SSQ. Vous devez le remplir et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

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

Pour frais de médicaments

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

Pour soins à l'hôpital

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

Pour frais de médicaments sans utilisation de la carte SSQ, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé, autres frais médicaux et soins et services d'aide à domicile

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

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

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

Comme les soins et services d'aide à domicile doivent aussi faire l'objet d'une évaluation médicale préalable, les factures s'y rapportant doivent être accompagnées du formulaire « Soins de convalescence » dûment rempli par le médecin traitant de la personne assurée.

Pour frais couverts par l'assurance voyage avec assistance

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage avec assistance sont pris en charge par le service d'assistance voyage de SSQ, pourvu que la personne assurée communique avec ses représentants.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de SSQ vous achemine les documents vous permettant de lui transmettre :

- votre demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- l'autorisation d'obtenir, en votre nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Pour obtenir toute information avant le départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, il suffit de communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

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

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

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

Pour l'assurance annulation de voyage

Pour effectuer une demande de prestations, la personne assurée doit communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

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

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

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

Lors de la demande, la personne assurée doit fournir à SSQ les preuves justificatives suivantes :

- a) les titres de transport inutilisés;
- b) les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) les reçus pour les arrangements de voyage; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'un commerce ou d'une plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- d) une preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation ainsi que la réponse de l'agence de voyages, du transporteur public ou du commerce ou de la plateforme de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services;
- e) les documents officiels attestant la cause de l'annulation; si le voyage a été annulé pour des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin autorisé par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- f) le rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- g) un rapport officiel portant sur les conditions atmosphériques;
- h) la preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial, attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation;
- i) tout autre rapport exigé par SSQ et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

8. Délais pour présenter les demandes de prestations

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Médicaments (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

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

Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

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

Produits de la liste RGAMQ

Les mêmes médicaments que ceux qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec et selon les conditions qui y sont déterminées.

Produits pour les personnes diabétiques

L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose pour glucomètres à lecture sporadique, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ;
- le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de SSQ.

Médicaments d'exception

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

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

Injections sclérosantes

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

Préparations magistrales

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

Produits antitabac

Les produits antitabac.

Médicaments servant à traiter la dysfonction sexuelle

Les médicaments servant à traiter la dysfonction sexuelle, pourvu qu'il ne s'agisse pas de médicaments administrés par voie orale.

Vaccins préventifs (produits immunisants)

Seulement pour des vaccins dont les frais ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat. L'acte médical lié à l'injection du vaccin est couvert s'il est posé par un infirmier ou une infirmière seulement.

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;

- c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- e) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
- f) les écrans solaires;
- g) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- h) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
- i) les services dont le coût doit être payé par la personne assurée sous forme de contribution à un régime public d'assurance médicaments, que ce soit à titre de primes, de franchise ou de coassurance;
- j) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;
- k) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de service.

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

Hospitalisation (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

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

Chambre d'hôpital

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

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

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

Centre de réadaptation

Les frais d'hébergement pour soins de réadaptation identifiés comme tels, lors d'une période nécessaire de soins dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de réadaptation s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins et sa durée recommandée doivent être confirmées par le médecin traitant.

Maison de convalescence

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

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

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

Professionnels de la santé (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

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

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

Acupuncteur

Les frais de traitement.

Audiologiste

Les honoraires professionnels.

Chiropraticien

Les frais de traitement.

Chiropraticien – Radiographies

Les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien.

Diététiste

Les frais de consultation.

Ergothérapeute

Les frais de traitement.

Orthophoniste

Les honoraires professionnels.

Ostéopathe

Les frais de traitement.

Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé

Les honoraires professionnels ou frais de traitement.

Podiatre

Les honoraires professionnels.

Podologue

Les frais de consultation et de traitement.

Psychanalyste

Les honoraires professionnels.

Psychologue

Les honoraires professionnels.

Psychothérapeute

Les frais de consultation.

Travailleur social

Les frais de consultation.

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

Autres frais médicaux (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

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

Accessoires pour pompe à insuline

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

Ambulance et transport ambulancier par avion ou par train

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

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

Analyses de laboratoire

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

Appareil auditif

L'achat et la réparation d'appareils auditifs.

Appareil d'assistance respiratoire

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, selon le mode le plus économique.

Appareils orthopédiques

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

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

Appareils thérapeutiques

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

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

Articles pour stomie

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

Bas de contention

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

Chaussures orthopédiques

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

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

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

Chaussures profondes

Les chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage.

Aux fins de la présente assurance, les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures profondes ni comme des chaussures de type profond.

Chirurgie esthétique à la suite d'un accident

Les soins de chirurgie esthétique devenus nécessaires par suite d'un accident. L'admissibilité des frais engagés pour ces soins est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée;
- les soins doivent débuter dans les 12 mois suivant la date de l'accident; et
- les soins doivent se terminer dans les 36 mois suivant la date de l'accident et lorsque la personne est toujours assurée en vertu de la présente garantie.

Cure de désintoxication

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

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

Échographies

Les échographies.

Électrocardiogrammes

Les électrocardiogrammes.

Fauteuil roulant et marchette

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

Glucomètre

L'achat d'appareil muni d'un autopiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ.

Infirmier

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

Lentilles intraoculaires

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

Lit d'hôpital

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

Moniteur d'apnée

La location d'un moniteur d'apnée ou l'achat d'un moniteur d'apnée, lorsque ce dernier mode est plus économique.

Neurostimulateur transcutané

Un neurostimulateur transcutané.

Orthèses plantaires

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

Oxygène et matériel nécessaire à son administration

L'achat d'oxygène et du matériel nécessaire à son administration.

Pompe à insuline

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

Prothèse capillaire

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

Prothèse externe et membre artificiel

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

Prothèses mammaires

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

Radiographies

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

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

Radiothérapie

Les frais de traitements de radiothérapie.

Résonances magnétiques

Les résonances magnétiques.

Soins médicaux non urgents hors Canada (couverture facultative)

Sous réserve du paiement d'une prime additionnelle, les frais suivants sont couverts sans franchise et à 100 % pour les membres qui doivent demeurer à l'extérieur du Canada pour des raisons professionnelles, ainsi que leurs personnes à charge, s'il y a lieu :

- Hospitalisation dans un hôpital où la personne assurée reçoit un traitement curatif.
- Honoraires de médecins pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des soins dentaires.
- S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée.

Seules les personnes assurées en vertu de l'option 1 ou 2 sont admissibles et elles doivent être protégées par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de leur province de résidence durant toute la durée de leur séjour à l'extérieur de leur province de résidence.

Les frais admissibles sont ceux qui excèdent les frais remboursables en vertu de ces régimes d'assurance provinciaux.

Soutiens-gorges postopératoires

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

Tests pharmacogénétiques

Les tests permettant d'identifier les facteurs génétiques qui influencent la réponse à certains traitements pharmacologiques en lien avec une maladie qui vous a été diagnostiquée, s'ils sont prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire et analysés par un laboratoire privé dûment autorisé au Canada.

Aux fins de la présente assurance, ne sont pas considérés comme des frais admissibles les frais liés aux tests pharmacogénétiques réalisés à des fins préventives ou tout autre test génétique ne rencontrant pas les critères énoncés précédemment.

Tomodensitométries

Les tomodensitométries.

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

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

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

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

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

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Les frais engagés liés à un nouvel implant, à des implants existants ou à des prothèses elles-mêmes liées à des implants ne sont pas couverts en vertu de la protection « Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles ».

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

Soins et services d'aide à domicile (Assurance maladie)

1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour les soins et services décrits ci-après si des soins sont nécessaires lors d'une convalescence à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

De plus, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux soins à domicile pour que des frais puissent être admissibles :

- ils sont recommandés par le médecin traitant;
- ils sont autorisés au préalable par SSQ;
- ils sont prodigués au cours d'une période de convalescence, dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour;
- la personne assurée est dans l'incapacité d'exercer ses activités quotidiennes de base au cours de la période de convalescence;
- il s'agit de frais que la personne assurée doit engager en supplément de ceux qu'elle devait engager habituellement avant la période de convalescence;
- l'incapacité d'exercer les activités quotidiennes de base résulte uniquement d'une détérioration de l'état de santé de la personne assurée et non d'une modification des tâches qu'elle doit accomplir, par exemple lors d'un retour à domicile après un accouchement sans complications.

Soins infirmiers

Les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié, pour des soins infirmiers offerts au domicile de la personne assurée.

Services d'aide à domicile

Les frais exigés par un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à accomplir à domicile les activités suivantes :

- les activités quotidiennes de base;
- l'entretien ménager;
- l'entretien général du domicile (dénouage, tonte de la pelouse, etc.);
- la préparation des repas;
- l'accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Frais de transport

Les frais de transport de la personne assurée pour obtenir des soins médicaux ou un suivi médical.

Frais de garde des enfants

Les frais supplémentaires de garde des enfants au domicile de la personne assurée ou dans un service de garde.

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

Assurance voyage avec assistance (Assurance maladie)

Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ aux numéros de téléphone suivants :

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

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

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

1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au « Tableau des garanties ».

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence. Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance. De plus, la présente assurance s'applique uniquement à l'excédent des frais remboursables en vertu de ces régimes d'assurance provinciaux.

Si une personne décède pendant qu'elle est effectivement assurée par cette garantie, ou si elle est alors blessée accidentellement ou atteinte d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'elle doit engager en cas d'urgence pendant son séjour sont admissibles, jusqu'au maximum de remboursement indiqué à cet égard au « Tableau des garanties ».

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de SSQ, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de SSQ : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé ne nécessite aucune modification du traitement ou aucune augmentation des médicaments prescrits ou recommandés, ou
- de l'absence de tout symptôme qui inciterait une personne raisonnablement prudente à consulter un médecin.

Le service d'assistance voyage de SSQ peut indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

Honoraires de médecin

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

Honoraires d'infirmier

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par séjour.

Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

Honoraires de chirurgien dentiste

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par séjour.

Médicaments

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

Transport par ambulance

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

Rapatriement de la personne assurée

Les frais de rapatriement de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée.

Transport par avion d'une escorte médicale

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée.

Séjour et transport d'un proche parent

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où la personne assurée est hospitalisée pendant au moins 7 jours, ou en cas de décès, de l'endroit où se trouve la dépouille. Les frais admissibles pour séjour et transport d'un proche parent sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

En cas de décès de la personne assurée, préparation de sa dépouille et retour de son corps ou de ses cendres ou crémation ou inhumation sur place

Les frais de préparation de la dépouille de la personne assurée et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

Retour du véhicule

Les frais de retour du véhicule personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par séjour.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

Services, produits et articles

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

Frais de subsistance

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû reporter son retour de voyage en raison d'une maladie ou d'une blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un compagnon de voyage ou un membre de sa proche famille qui l'accompagne. La maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin autre que l'adhérent lui-même.

Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours.

Services d'assistance voyage

Votre assurance comporte des services d'assistance voyage, auxquels vous avez accès lorsque vous en avez besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et SSQ peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée, puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des personnes assurées à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat, lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

2. Exclusions, limitations et restrictions

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

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage avec assistance du présent régime :

- a) frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ;
- b) frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, « bungee », saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- j) frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Assurance annulation de voyage (Assurance maladie)

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

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

Les numéros de téléphone pour communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ sont les suivants :

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

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

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

1. Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

- a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage, ou son associé en affaires, ou que subit un membre de la famille de la personne assurée ou de son compagnon de voyage; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption.
- b) Le décès de la personne assurée, de son conjoint, d'un enfant de la personne assurée ou de son conjoint, d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un associé en affaires de la personne assurée.
- c) Le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; le conjoint de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour.
- d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal.
- e) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée.
- f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire.
- g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.

- h) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles.
- i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage.
- j) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage.
- l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage.

m) Pour l'annulation de voyage :

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

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

L'avertissement doit être émis après que la personne assurée ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur 14 jours avant la date prévue de départ.

Pour l'interruption de voyage :

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

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

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

- n) Le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police.

- o) Des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
 - ou
 - la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur public, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- p) Un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, SSQ rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

2. Frais admissibles

Pour que les frais puissent être admissibles, ils doivent être engagés par la personne assurée en raison de l'annulation, de la prolongation 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 où cette dernière, au moment de prendre les arrangements de voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais doivent aussi être engagés en raison d'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les frais admissibles sont décrits ci-après et sont remboursables selon les indications du « Tableau des garanties » :

En cas d'annulation avant le départ

- a) La portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance.
- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.

- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

En cas de départ manqué, d'annulation de vol ou d'interruption temporaire de voyage

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

En cas de retour anticipé ou retardé

- a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement. Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.
- b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Restriction

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

Transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage de SSQ, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire.
- b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3. Exclusions, limitations et restrictions

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

- 1) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - b) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - c) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit;
 - d) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - e) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;
 - f) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale;
 - g) une cause qui n'empêchait pas hors de tout doute possible la personne assurée de faire le voyage.
- 2) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
 - d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

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

- 3) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

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

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

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

- 5) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

- 6) Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de SSQ que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de SSQ étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

Assurance soins dentaires

1. Définitions

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

Frais admissibles

Frais dentaires pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Franchise

Partie des frais dentaires admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré.

Proche parent

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

2. Objet de l'assurance

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

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

- Diagnostic et prévention;
- Soins de base;
- Services de prosthodontie;
- Services d'orthodontie.

La description des soins dentaires couverts par l'assurance est faite à partir de la nomenclature d'actes bucco-dentaires qu'utilise SSQ lors de la plus récente mise à jour de ses textes contractuels. SSQ s'engage à administrer la présente garantie de telle sorte 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'association dentaire responsable.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

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

- ils doivent être obtenus lorsque la personne est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être rendus par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- ils doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Plan de traitement

Afin d'établir l'admissibilité de certains traitements, des radiographies appropriées peuvent être exigées et devraient être fournies à SSQ lors de la soumission d'un plan de traitement détaillé. Dans les cas où les frais engagés peuvent être importants, SSQ recommande aux personnes assurées de soumettre un plan de traitement et des radiographies appropriées avant le début du traitement. Ainsi, elles seront informées à l'avance de l'admissibilité du traitement et de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Pour toute personne qui devient assurée plus de 180 jours après sa date d'admissibilité, aucun remboursement n'est effectué pour les frais dentaires pendant les 6 premiers mois d'assurance.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour l'année stipulée au « Tableau des garanties » par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologiste, l'association de la province de pratique du denturologiste. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste. En ce qui concerne les frais de laboratoire, ils sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés.

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.

Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée puis à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.

Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.

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

- a) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
- e) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- f) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i) pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant;
- j) pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;

- m) pour un protecteur buccal;
- n) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- o) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- p) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- q) pour des pontiques et piliers de transition;
- r) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- s) pour des photographies diagnostiques.

5. Protection multiple et coordination des prestations

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

Si vous avez droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés, ni les frais qui sont admissibles, compte tenu du guide des tarifs de l'association du professionnel traitant pour l'année de référence indiquée au « Tableau des garanties ». Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

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

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

6. Demandes de prestations

Si le dentiste utilise un système de transmission électronique de demandes de prestations

Lorsque la personne assurée engage des frais pour des soins dentaires, elle doit présenter au dentiste la carte qu'elle a reçue à cette fin et payer la portion non assurée des frais. SSQ paiera la portion assurée des frais directement au dentiste.

Si le dentiste n'utilise pas un système de transmission électronique de demandes de prestations

Vous pouvez faire une demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire à cet effet que le dentiste peut remettre à la personne assurée.

Vos demandes de remboursement devraient être présentées à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Diagnostic et prévention (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services de diagnostic et de prévention pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Diagnostic

1) Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois
- examen complet ou examen prosthodontique : un examen par période de 36 mois
- examen des dysfonctions du système stomatognathique : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

2) Radiographies

a) radiographie intra-orale

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

b) radiographie extra-orale

- pellicule extra-orale
- examen des sinus
- sialographie
- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo-mandibulaire
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
- pellicule céphalométrique

c) autres

- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile

3) Tests et examens de laboratoire

- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
- test bactériologique
- test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
- test cytologique
- modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
- présentation de cas, plan de traitement
- consultation avec le patient

b) Prévention

1) Services usuels de prévention

- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
- détartrage : 6 unités de temps par année civile
- application topique de fluorure * : une fois par période de 6 mois
- analyse du régime alimentaire : une fois à vie
- instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
- finition d'une obturation
- scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide * (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent
- ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
- meulage interproximal *
- améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)

2) Appareil de maintien *

3) Correction des habitudes buccales *

- appareil fixe ou amovible
- évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
- motivation du patient : une fois à vie
- myothérapie : 5 fois à vie

4) Appareil intra-oral pour le bruxisme

- un appareil par 60 mois
- réparation : une fois par année civile
- regarnissage : une fois par année civile

5) Équilibrage de l'occlusion

- 8 unités de temps ou 3 fois par année civile

* Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.

Soins de base (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les soins dentaires de base pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Restauration mineure

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- recimentation de fragment de dent brisée
- restauration en résine, en amalgame ou en composite *
- tenons par restauration

* La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

b) Endodontie

- supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne
- urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
- traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
- apexification

c) Parodontie

- traitements non chirurgicaux
- chirurgie parodontale
- surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
- jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
- irrigation parodontale

d) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible

- rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois
- réparation avec ou sans empreinte
- obturateur palatin : un par période de 60 mois
- remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois

e) Réparation de pont fixe et de couronne

- réparation de pont fixe
- réparation de couronne
- recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier
- supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile
- immobilisation, sectionnement
- ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimenté

f) Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
- ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
- supplément pour points de suture par séance
- exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent
- transplantation d'une dent : une fois à vie par dent
- reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
- alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
- ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
- extension des replis muqueux
- incision et drainage
- réduction de fracture
- frénectomie
- traitement des glandes salivaires
- chirurgie ou traitement des sinus
- contrôle d'hémorragie
- traitement post-chirurgical
- réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part

g) Services généraux complémentaires

- anesthésie locale
- sédation consciente
- visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services de prosthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Restauration majeure et prothèse fixe

- aurification
- incrustation et tenons de rétention
- jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- couronne en acier inoxydable préfabriquée, ou en polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne intermédiaire de transition : une fois par période de 12 mois pour une même dent
- couronne individuelle
- capuchon, métal précieux ou non
- corps coulé
- facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires
- pivot préfabriqué
- reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne
- supplément pour une restauration

b) Prothèse amovible

- prothèse complète *
- prothèse partielle *
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle : une fois par période de 60 mois
- supplément pour une restauration en vue d'une prothèse amovible

* Le remboursement des frais pour prothèses équilibrées est calculé en fonction du coût des prothèses standard équivalentes.

c) Pont fixe

- pontique
- appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch
- pilier
- barre de rétention pour fixer à des capuchons
- pilier ou incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
- attache de précision
- supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle existante

Services d'orthodontie (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services d'orthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- examen spécifique d'orthodontie : une fois par période de 12 mois
- examen complet d'orthodontie
- urgence orthodontique
- orthodontie corrective
- ancrage osseux
- réparations, modifications, recimentation
- appareils de rétention
- traitement orthodontique
- radiographie : main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)
- traitement complet d'une malocclusion dentaire



Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès
aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500