



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**EMPLOYÉS À STATUT PARTICULIER
DE
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL**

Police n° Q123

Fière partenaire de



FONDATION MC
DES MALADIES
DU COEUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

EMPLOYÉS À STATUT PARTICULIER

DE

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Police n° Q123

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 2004. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} mars 2009. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
DÉFINITIONS.....	1
ADMISSIBILITÉ	4
DEMANDE D'ADHÉSION ET CHANGEMENT DE PROTECTION	5
DÉBUT DE L'ASSURANCE	7
FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT	7
FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE	7
LIMITATIONS GÉNÉRALES	8
EXONÉRATION DE LA PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ.....	8
PROLONGATION DE L'ASSURANCE.....	8
COORDINATION DES PRESTATIONS.....	9
DESCRIPTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	9
EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS	12
DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	13
DESCRIPTION DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE.....	17
EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE.....	19
DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	21

Le présent régime comprend une garantie d'assurance médicaments ainsi qu'une garantie d'assurance salaire de courte durée. Vous trouverez ci-après la description de ces garanties.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Adhérent : employé admissible à l'assurance et assuré en vertu de la police.

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Congé de maternité ou parental : désigne toute période de congé de maternité ou parental pris par l'employé conformément à la loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'employé et l'employeur, ou toute période pendant laquelle des prestations de maternité ou parentales en vertu de l'assurance emploi sont versées à l'employé.

Conjoint : personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- b) 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;
- c) 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 :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur;

b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage.

Délai de carence : représente les premiers jours d'une période d'invalidité totale pendant lesquels aucunes prestations d'assurance invalidité ne sont payables à l'adhérent.

Employé : toute personne salariée à statut particulier ayant accumulé plus de 18 mois d'ancienneté et qui a un contrat de plus de 14 heures par semaine.

Employeur : Université du Québec à Montréal.

Enfant à charge : personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- b) n'a pas de conjoint, 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;
- c) est majeure, sans conjoint 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 a) ou en b), 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.

Grossesse : comprend l'accouchement, l'avortement et la fausse couche.

Hôpital : l'installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie ou d'une institution religieuse ou d'enseignement qui reçoit les membres de son personnel ou ses élèves, étant entendu qu'à moins d'indication contraire, l'hôpital doit, aux fins du régime provincial d'assurance maladie qui couvre la personne assurée, être considéré comme centre hospitalier, ou comme centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou comme centre de réadaptation, pour que l'assureur le reconnaisse comme hôpital.

Invalidité totale ou totalement invalide : un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale qu'il occupait au moment de l'invalidité, sans exception; jusqu'à concurrence de la durée maximale des prestations indiquée précédemment.

L'adhérent qui doit détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les tâches habituelles de sa fonction principale n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins de la présente garantie, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Période d'invalidité : toute période continue d'invalidité totale, ou des périodes successives d'invalidité dues à une même cause ou à des causes connexes et séparées par moins de 2 semaines consécutives de travail à temps plein ou de disponibilité pour un tel travail. Des périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail sont aussi considérées comme une même période d'invalidité.

Personne à charge : le conjoint et les enfants à la charge de l'adhérent.

ADMISSIBILITÉ

Salarié

Tout employé est admissible à l'assurance à la date d'entrée en vigueur de la police si à cette date il a accumulé plus de 18 mois d'ancienneté et qu'il détient un contrat de plus de 14 heures par semaine auprès de l'employeur. Tout employé qui entre au service de l'employeur après la date d'entrée en vigueur de la police devient admissible à l'assurance à la date d'entrée en vigueur de son contrat de plus de 14 heures par semaine si à cette date il a accumulé plus de 18 mois d'ancienneté en tant que personne salariée à statut particulier.

Personne à charge

Toute personne à la charge d'un adhérent est admissible à l'assurance, soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.

Salarié ou conjoint âgé de 65 ans ou plus

L'adhérent qui désire que la protection d'assurance médicaments prévue en vertu de cette police soit maintenue à son égard après son 65^e anniversaire de naissance doit au préalable en aviser l'assureur par écrit. Dans ce cas, il devra payer la surprime prévue à cet effet. S'il s'agit de maintenir l'assurance du conjoint, l'avis de l'adhérent doit aussi être accompagné de l'autorisation du conjoint. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance médicaments si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

L'adhérent admissible à l'assurance en vertu de la présente garantie d'assurance médicaments qui, à son 65^e anniversaire de naissance, choisit de s'assurer en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne pourra en aucun cas être admissible à la protection en vertu de cette garantie par la suite.

Une personne à charge admissible à l'assurance en vertu de la garantie d'assurance médicaments qui, à son 65^e anniversaire de naissance, choisit de s'assurer en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne pourra en aucun cas être admissible à la protection en vertu de cette garantie par la suite. L'adhérent doit avoir moins de 65 ans dans le présent cas.

DEMANDE D'ADHÉSION ET CHANGEMENT DE PROTECTION

- 1) L'adhésion au régime d'assurance est obligatoire, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. L'employé admissible qui refuse ou omet de remplir sa demande d'adhésion, ou qui n'a pas fourni de preuve d'exemption sera assuré d'office en vertu du régime d'assurance médicaments avec une protection individuelle, et ne sera pas admissible au régime d'assurance salaire du personnel à statut particulier.
- 2) Tout employé admissible à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion pour lui-même et pour ses personnes à charge, le cas échéant, à la date d'entrée en vigueur de son contrat en tant que personne salariée à statut particulier, ou à défaut, l'employeur doit fournir à l'assureur une liste contenant les renseignements nécessaires à l'adhésion de l'employé à statut particulier.
- 3) L'employé peut refuser ou cesser d'adhérer à cette garantie d'assurance médicaments à la condition qu'il soit assuré à titre de personne à charge ainsi que ses personnes à charge, s'il y a lieu, en vertu d'une assurance similaire. Une preuve d'assurance doit parvenir à l'employeur. La protection se termine à la date de réception d'une telle preuve par l'assureur.

Si l'employé est exempté de s'assurer ou d'assurer ses personnes à charge en raison de l'existence d'une autre assurance, l'exemption prend fin en même temps que prend fin cette autre assurance et l'employé doit alors remplir une demande d'adhésion pour lui-même ou pour ses personnes à charge au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle prend fin l'assurance qui a donné lieu à l'exemption.

Si la demande d'adhésion est transmise à l'employeur plus de 31 jours suivant la date à laquelle prend fin l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, l'assurance entre en vigueur à la date de signature de la demande.

- 4) Pour l'assurance médicaments, les primes sont payables annuellement. La prime annuelle de l'adhérent est répartie sur ses six premières périodes de paie faisant suite au début de l'assurance.

Pour un nouvel adhérent, la prime est calculée au prorata du nombre de mois d'assurance au cours de la première année civile et est payable le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel l'adhérent devient admissible.

L'assurance médicaments demeure en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année. L'assurance sera remise en vigueur à l'obtention d'un nouveau contrat de plus de 14 heures par semaine. Dans ce cas, l'assurance prend effet le premier du mois au cours duquel le contrat débute. Aucune annulation ni aucun remboursement de prime n'est accordé en cours d'année, à l'exception de ce qui est prévu en vertu du paragraphe 5) ci-après.

Pour une absence due à un congé de maternité ou parental, les primes demeurent payables en fonction du salaire avant le début du congé. Le choix doit être fait avant le début du congé.

- 5) Lorsqu'un employé change de statut de protection et qu'il désire modifier sa protection d'assurance, il doit remplir le formulaire « *assurance médicaments du personnel à statut particulier* » disponible sur le site Internet du Service des ressources humaines de son employeur. Le changement de protection entre en vigueur à compter :
- a) de la date du changement de statut de l'adhérent, si sa demande est transmise au Service des ressources humaines de son employeur au cours des 30 jours qui suivent la date de son changement de statut;
 - b) de la date à laquelle l'adhérent fait la demande de changement de statut, si sa demande est transmise au Service des ressources humaines de son employeur plus de 30 jours suivant la date de son changement de statut.

Lorsque le changement du statut demande une prime additionnelle, le différentiel de prime pour cet adhérent est perçu par l'employeur sur les six premières périodes de paie qui suivent le début de la modification de la protection d'assurance et transmis à l'assureur dans les 15 jours qui suivent cette perception, mais est calculé à compter du premier jour du mois qui suit la date du changement.

Si le changement de statut demande un remboursement, le différentiel de prime est remboursé à compter du premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande de modification de la protection par l'assureur.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur à la date à laquelle la personne salariée à statut particulier y devient admissible.

L'assurance d'une personne à charge entre en vigueur à la date à laquelle elle y devient admissible. L'assurance médicaments est obligatoire pour toute personne à charge qui remplit les conditions d'admissibilité.

FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

L'assurance de tout adhérent prend fin à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- a) le 31 décembre de chaque année, pour l'employé qui ne répond pas à la définition d'admissibilité décrite ci-haut;
- b) la date de fin du contrat d'assurance;
- c) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée par cet adhérent;
- d) le premier jour du mois qui suit la date de la fin du lien d'emploi.

FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- a) la date de fin du contrat d'assurance;
- b) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- c) la date de fin d'assurance de l'adhérent;
- d) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par le régime décrit dans le présent document, les dispositions de ce régime continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu du régime soient modifiés en conséquence.

EXONÉRATION DE LA PRIME EN CAS D'INVALIDITÉ

Les garanties d'assurance médicaments et d'assurance salaire de courte durée incluent le bénéfice d'exonération de la prime en cas d'invalidité totale à compter du premier jour du mois qui suit la date prévue pour le paiement des prestations d'assurance salaire et aussi longtemps que dure le paiement de ces dites prestations sans toutefois excéder l'âge de 65 ans. Cependant, le bénéfice d'exonération de la prime pour les garanties d'assurance médicaments et d'assurance salaire de courte durée se termine lors de la fin du contrat d'assurance si cette terminaison survient avant l'expiration des prestations d'assurance salaire.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Mise à pied et congé autorisé (autre qu'un congé pour raisons familiales)

En cas de mise à pied ou de congé autorisé, l'assurance médicaments est maintenue obligatoirement, à la condition que les primes exigibles soient payées. L'assurance salaire de courte durée est suspendue jusqu'au retour effectif au travail de l'employé. Pour l'employé dont le nombre d'heures est en deçà de 14 heures par semaine, la protection d'assurance salaire n'est pas applicable.

Congé pour raisons familiales ou parentales

Pour une absence due à un congé pour raisons familiales ou parentales, l'assurance médicaments est prolongée à la condition que les primes exigibles soient payées. L'assurance salaire peut être prolongée jusqu'à la fin du congé sans excéder la période prévue à la convention collective pour un congé de maternité. Le choix de maintenir la protection d'assurance salaire doit être exercé avant le début du congé.

Grève ou lock-out

Toute assurance d'un adhérent qui cesse d'être effectivement au travail en raison d'une grève ou d'un lock-out prend fin à la date à laquelle la grève ou le lock-out commence.

Obligation légale dans le cas d'une cessation d'assurance

Si une loi fédérale ou provinciale exige que le preneur ou l'employeur maintienne en vigueur l'assurance d'un adhérent après la date prévue de cessation, sous réserve du paiement de primes, son assurance est maintenue en vigueur jusqu'à la fin de la période requise par cette loi, mais ne peut se prolonger après la date de résiliation de la police.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge a droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles la personne assurée aurait eu droit si une demande de règlement avait été soumise à son égard.

DESCRIPTION DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

RAPPEL IMPORTANT

La Loi sur l'assurance médicaments du Québec précise que toute personne salariée admissible ayant accès à un régime collectif offrant une garantie d'assurance médicaments a l'obligation d'y adhérer, à moins d'être couverte en vertu du régime de son conjoint.

Elle précise également que les personnes couvertes par un régime collectif ont l'obligation d'en faire bénéficier leur conjoint et enfants à charge dans la mesure où ceux-ci ne sont pas protégés par un régime collectif.

Lorsqu'un adhérent engage des frais de médicaments pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit, après déduction pour chaque année civile de la franchise, au remboursement des frais admissibles engagés à cet égard, sous réserve des modalités prévues aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES et des dispositions suivantes :

Franchise par année civile

Adhérent (protection individuelle) :	50 \$
Adhérent et enfants à charge assurés (protection monoparentale) :	50 \$
Adhérent, enfants à charge et conjoint assurés (protection familiale) :	75 \$

Pourcentage de remboursement

80 % des premiers 3 735 \$ de frais admissibles engagés par année civile par certificat et 100 % de l'excédent.

Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou des personnes à charge.

Le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage pour toute année civile pour lui-même et l'ensemble de ses personnes à charge assurées, et qui demeure à sa charge, est de 822 \$. Ce montant comprend la franchise de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie.

TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES

Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles en vertu du présent sous-paragraphe, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement desdites conditions pathologiques, soit les suivantes :

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

Toutefois, aucun remboursement n'est effectué pour les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

- les shampoings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
- les produits pour soins esthétiques;
- les cosmétiques;
- les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;
- l'huile de teint (écran solaire);
- les savons;
- les laxatifs d'usage courant;
- les anti-acides stomacaux d'usage courant;
- les émoullients épidermiques;
- les désinfectants et les pansements usuels;
- les gelées et les mousses contraceptives et prophylactiques;
- les eaux minérales;

- les préparations de lait de toute nature pour bébés;
- les protéines ou les suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- les produits, les hormones et les injections servant au traitement de la cellulite et de l'obésité, y compris les anorexigènes;
- les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, pinceaux veineux et dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques.

Sont aussi remboursables les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard des personnes assurées si elles n'étaient pas assurées en vertu d'une police d'assurance collective.

EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

- 1) Aucune prestations ne sont versées pour des frais engagés :
 - a) à la suite d'automutilation volontaire, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
 - b) à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
 - c) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
 - d) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
 - e) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
 - f) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où réside l'adhérent ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
 - g) pour des produits anticonceptionnels, sauf ceux qui sont prévus dans la description de la garantie;
 - h) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;

- i) pour des produits et des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
 - j) pour des produits utilisés pour le traitement de l'infertilité;
 - k) pour les préparations homéopathiques;
 - l) pour des produits et des médicaments antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les produits et médicaments antitabac ne sont pas couverts;
 - m) qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par le régime en question.
- 2) En aucun cas les exclusions de la présente garantie ne doivent rendre le régime moins généreux en termes de prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les demandes de prestations découlant du régime d'assurance médicaments doivent se faire par l'entremise de la carte de paiement de médicaments.

Le service de remboursement par carte de paiement vous est accessible par l'entremise de votre régime d'assurance collective. Vous pouvez vous prévaloir de ce service grâce au numéro d'identification qui apparaît sur la carte de paiement de médicaments qui vous est remise par l'assureur. La date d'admissibilité ainsi que la date de mise en vigueur de votre assurance médicaments apparaîtront sur cette carte.

Le mode de paiement prévu par l'assurance est qualifié de « différé ». Ce service permet une validation immédiate, en pharmacie, du remboursement auquel la personne assurée a droit. De plus, ce service évite d'avoir à remplir des formulaires de demande de remboursement tout en éliminant les factures perdues et les frais postaux.

Ainsi, lorsqu'une personne assurée fait l'achat de médicaments au Canada, elle doit présenter sa carte de paiement de médicaments et effectuer le paiement de la totalité de sa facture au pharmacien. Alors, la transmission de la demande de remboursement se fera automatiquement à l'assureur selon les modalités prévues à la police. Le reçu que le pharmacien remet à la personne assurée lui donnera immédiatement les renseignements relatifs à sa demande tels que transmis à l'assureur, médicament non couvert, protection de personne à charge non prévue, etc.

Ainsi, pour chacune des transactions effectuées, l'assureur procédera au remboursement des frais de médicaments auxquels la personne assurée a droit, selon la première des éventualités suivantes :

- lorsque le total des frais remboursés atteint 50 \$ (pour l'adhérent et ses personnes à charge assurées, s'il y a lieu);

ou

- dès qu'une période de 30 jours s'est écoulée depuis la date du dernier remboursement de frais de médicaments si la limite de 50 \$ n'est pas encore atteinte à la fin de ces 30 jours (pour l'adhérent et ses personnes assurées, s'il y a lieu).

S'il est impossible d'utiliser la carte de paiement de médicaments (pharmacien ne dispose pas du service, perte de la carte, indication du système à soumettre la réclamation directement à l'assureur) ou **si des frais de médicaments sont encourus entre la date à laquelle la personne devient admissible à l'assurance et celle à laquelle elle reçoit sa carte de paiement de médicaments**, la demande de remboursement doit être effectuée à l'aide du formulaire de demande de prestations d'assurance maladie prévu à cet effet et disponible sur notre site Internet à l'adresse suivante :

www.desjardinssecuritefinanciere.com/form

L'assureur recommande à l'employé assuré de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, l'employé assuré devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit aux prestations.

AUTRES INFORMATIONS RELATIVES À LA CARTE DE PAIEMENT DE MÉDICAMENTS

- **Si l'adhérent détient une protection monoparentale ou familiale**

Le conjoint de l'adhérent et ses personnes à charge peuvent également se prévaloir du service de remboursement par carte de paiement de médicaments. Pour leur permettre d'en bénéficier, l'adhérent reçoit automatiquement une deuxième carte de paiement de médicaments.

- **Enfants à charge aux études**

Lorsque les enfants à charge d'un adhérent sont âgés de 21 à 25 ans inclusivement et sont étudiants à temps plein, une déclaration d'enfants à charge étudiant à temps plein est requise sur une base annuelle (à la session d'automne, en septembre) afin que la demande de remboursement soit traitée directement en pharmacie. À cet effet, l'adhérent est invité à remplir le formulaire n° 19131 « *Déclaration d'enfants à charge de 18 à 25 ans ou de 21 à 25 ans (selon les clauses de la police) étudiant à temps plein* » qu'il peut se procurer sur notre site Internet à l'adresse suivante :

www.desjardinssecuritefinanciere.com/form

- **Comment utiliser la carte de paiement de médicaments une première fois**

- Si l'adhérent détient une protection individuelle, le pharmacien pourra procéder immédiatement à l'enregistrement de chacune des transactions à l'aide du numéro d'identification inscrit sur la carte de paiement de médicaments.
- Si l'adhérent détient une protection monoparentale ou familiale, le pharmacien devra compléter votre dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne à charge assurée, ces informations étant nécessaires au traitement de la réclamation.

Pour tout renseignement relatif aux demandes de prestations d'assurance médicaments, l'adhérent est invité à communiquer avec notre Centre de contact avec la clientèle aux numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 285-7843

Région de Québec : (418) 838-7843

Autres régions (sans frais) : 1 800 463-7843

DESCRIPTION DE L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit au paiement d'une rente hebdomadaire au cours de son invalidité, après l'épuisement du délai de carence et sous réserve des dispositions suivantes :

Pourcentage et maximum des prestations

85 % du revenu hebdomadaire net, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.

Délai de carence

28 jours de calendrier en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation.

Base de paiement

7 jours (calendrier).

Durée maximale des prestations

104 semaines.

Imposition des prestations

Non imposables.

Cessation du versement des prestations

La garantie prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite, selon le premier événement à survenir.

Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à l'égard de cette invalidité, l'assurance sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :

- a) la date à laquelle cet adhérent a reçu des prestations pendant 15 semaines;
- b) la date à laquelle cet adhérent cesse d'être totalement invalide; ou
- c) la date à laquelle cet adhérent prend sa retraite.

Réduction des prestations hebdomadaires

Les prestations hebdomadaires payables en vertu de la présente garantie sont réduites :

- a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et
- b) si la période maximale de versement des prestations excède 17 semaines, de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion :
 - i) des prestations pour les personnes à charge; et
 - ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé.
- c) de toute indemnité de remplacement du revenu payable à l'adhérent en vertu :
 - i) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
 - ii) du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario; ou

iii) de tout autre régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;

à condition que ces régimes puissent être inclus à la présente garantie aux fins de la réduction des prestations et qu'ils permettent que la présente garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance emploi, sous réserve de toute modification législative;

- d) de toute indemnité de remplacement de revenu touchée par l'adhérent en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- e) de toute indemnité touchée par l'adhérent en vertu de tout régime d'avantages sociaux établi par le preneur.

L'assureur peut, à son gré, utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

L'assureur réduira aussi les prestations hebdomadaires même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de tout régime ou de toute loi décrit ci-dessus, l'assureur réduit les prestations hebdomadaires de ce montant ramené sur une base hebdomadaire.

EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Aucunes prestations hebdomadaires ne sont payables au cours de l'une ou l'autre des périodes suivantes :

- a) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé de maternité ou parental;

- b) durant un congé de maternité qui débute à la première des dates suivantes, soit :
 - i) la date du congé choisie d'un commun accord entre l'employeur et l'adhérent;
 - ii) la date de naissance de l'enfant;et qui se termine à la première des dates suivantes, soit :
 - i) la date de retour au travail à temps plein pour le compte de l'employeur, choisie d'un commun accord entre l'employeur et l'adhérent;
 - ii) la date réelle à laquelle l'adhérent est de nouveau effectivement au travail pour le compte de l'employeur;
- c) durant un congé parental convenu d'un commun accord entre l'employeur et l'adhérent;
- d) la période pendant laquelle l'adhérent a droit à des prestations d'invalidité en vertu d'une police collective d'assurance salaire de longue durée, établie par l'assureur ou non;
- e) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sauf si l'assurance a été maintenue en vigueur pendant la période en cause;
- f) la période pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin;
- g) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelques raisons que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu de la police;
- e) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- f) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Les demandes de prestations découlant du régime d'assurance salaire de courte durée doivent être expédiées à l'assureur dans les 31 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations et, par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'assureur le demande. Pour ce faire, le formulaire n° 02025 « *Déclaration du médecin traitant – Demande initiale* » et le formulaire n° 98124 « *Demande de prestations d'assurance invalidité* » doivent être remplis. Vous devez vous procurer ces formulaires auprès de la personne responsable de l'assurance collective chez votre employeur.

Pour tout renseignement relatif aux demandes de prestations d'assurance salaire de courte durée, l'adhérent est invité à communiquer avec notre Centre de contact avec la clientèle aux numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 285-7750

Région de Québec : (418) 838-7750

Autres régions (sans frais) : 1 877 838-7750

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Vous pouvez également nous rejoindre par courrier électronique à l'adresse suivante :

[servicecollectif @dsf.ca](mailto:servicecollectif@dsf.ca)

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

