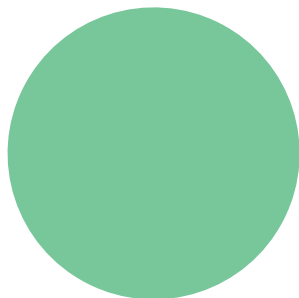




Votre régime d'assurance

En un coup d'oeil



FSSS (CSN) secteur public

31 mars 2019 (Modifications soins dentaires)

1^{er} janvier 2020 (Renouvellement annuel)

1^{er} avril 2020 (Modifications à l'exonération des primes)

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

Table des matières

1 – MODIFICATIONS AU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DEPUIS LE 31 MARS 2019.....	1
1.1 Participation à l'assurance.....	1
1.2 Demande d'adhésion	1
1.3 Statut de protection.....	2
1.4 Entrée en vigueur de l'assurance.....	2
1.5 Absences temporaires du travail.....	2
1.6 Autres types d'absences.....	3
1.7 Terminaison de l'assurance.....	4
2 – DEMANDES DE PRESTATIONS	4
Annexe 1 – Dispositions particulières pour la personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet.....	5
3 – MODIFICATIONS AU RÉGIME ET TARIFICATION APPLICABLE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020.....	6
3.1 Modification au 1 ^{er} janvier 2020.....	6
3.2 Modification au 1 ^{er} avril 2020	6
3.3 Aperçu de vos couvertures et tarification applicable à compter du 1 ^{er} janvier 2020	7
4 – POUR JOINDRE SSQ.....	16
5 – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	16
5.1 Dossier et renseignements personnels.....	16
5.2 Mandataires et fournisseurs de services	16
5.3 Document d'assurance	17

Ce dépliant contient les principaux éléments de votre régime d'assurance collective en complément aux dispositions de votre contrat d'assurance, lesquelles prévoient certaines limitations et exclusions. Pour une description plus détaillée, nous vous invitons à consulter votre brochure, disponible sur le site **Espace client** au espace-client.ssq.ca.

1- Modifications au régime de soins dentaires depuis le 31 mars 2019

Depuis le 31 mars 2019, le **régime de soins dentaires** est distinct du régime d'assurance santé. Nous vous présentons dans les pages suivantes, sous réserve des autres dispositions du contrat, les principales dispositions relatives à ces modifications.

1.1 Participation à l'assurance

La participation au **régime de soins dentaires** est **facultative** pour toute personne salariée admissible et ses personnes à charge, pourvu que la personne salariée soit couverte par le régime d'assurance santé, même si elle est exemptée.

La personne adhérente doit choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial). Toute personne qui choisit de participer au **régime de soins dentaires** doit **maintenir sa participation au moins 36 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime, même lorsque survient un événement prévu au contrat**. Toutefois, une personne adhérente peut terminer sa participation au régime pendant cette période minimale de 36 mois, si elle démontre à la satisfaction de SSQ qu'elle est nouvellement couverte par un autre régime d'assurance collective comportant un régime de soins dentaires. Par la suite, si elle choisit de participer de nouveau au **régime de soins dentaires**, une nouvelle période minimale de participation de 36 mois débute à compter de la nouvelle date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu du **régime de soins dentaires**.

Une personne salariée nouvellement admissible au régime d'assurance santé sera automatiquement inscrite au **régime de soins dentaires** et un statut de protection individuel lui sera accordé, à moins d'indication contraire. Si la personne salariée décide de ne pas participer au **régime de soins dentaires** lorsqu'elle y devient admissible, elle doit en faire la demande par écrit à SSQ par le biais de son employeur.

Le statut de protection du **régime de soins dentaires** peut différer de celui du régime d'assurance santé.

1.2 Demande d'adhésion

Règle automatique d'adhésion à l'assurance

Une personne salariée admissible **qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion est automatiquement assurée** en vertu du niveau Santé I du régime d'assurance santé, du **régime de soins dentaires**, du régime optionnel I d'assurance vie en vertu des garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge et du régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée (si la participation à ce régime est obligatoire), selon le statut de protection individuel.

1.3 Statut de protection

Pour le régime de soins dentaires, la personne adhérente doit choisir un statut de protection. Les statuts offerts sont les suivants :

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

1.4 Entrée en vigueur de l'assurance

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

Le statut de protection de la personne adhérente et de ses personnes à charge peut être revu à la hausse ou à la baisse lorsque survient l'un des événements prévus au contrat. La personne adhérente peut alors choisir un nouveau statut de protection parmi ceux présentés à l'article 1.3.

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

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

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

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

1.5 Absences temporaires du travail

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

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

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

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

1.6 Autres types d'absences

1.6.1 Régime de congé à traitement différé :

a) Durant la période de contribution au congé

La participation est maintenue.

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

Le salaire assurable convenu doit être communiqué à SSQ avant le début du régime de congé à traitement différé c'est-à-dire avant le début de la période de contribution et non du congé proprement dit. La prime et les prestations sont alors basées sur le salaire assurable convenu.

b) Durant la période de congé

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

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

1.6.2 Programme de retraite progressive

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

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

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

- Si la durée du programme est de 24 mois ou moins, la participation au régime optionnel II cesse à l'entrée en vigueur du programme.
- Si la durée est supérieure à 24 mois, la participation au régime optionnel II cesse au plus tard 24 mois avant la fin du programme initialement prévue.

1.6.3 Congédiement contesté

Dans une telle situation, la personne adhérente DOIT maintenir sa participation au niveau Santé I du régime d'assurance santé et PEUT maintenir sa participation aux autres régimes (santé selon le scénario qui s'appliquait déjà, **soins dentaires** et vie indissociablement), s'il y a lieu, en payant elle-même la prime totale prévue au contrat (part employé et part employeur) jusqu'à ce que la décision finale soit rendue.

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

1.7 Terminaison de l'assurance

1.7.1 Personne adhérente :

Le **régime de soins dentaires** se termine, sous réserve des dispositions de l'exonération des primes, à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de la période de prime où un formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » est transmis à l'employeur indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation au **régime de soins dentaires**, pourvu que la période de participation minimale soit alors complétée.
- la date à laquelle SSQ reçoit une demande de terminaison du régime, si la personne adhérente a démontré à la satisfaction de SSQ qu'elle est couverte **par un autre régime de soins dentaires**.

1.7.2 Personnes à charge :

Le **régime de soins dentaires** se termine à la première des dates suivantes :

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

2- Demandes de prestations

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

La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance SSQ au dentiste et payer la portion non remboursée des frais assurés par SSQ. Si le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique de demandes de prestations, la personne assurée doit lui faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour frais dentaires », ou soumettre le formulaire utilisé par son dentiste, pourvu qu'il soit dûment rempli et signé. Elle a ensuite le choix de faire sa demande en ligne sur le site **Espace client** ou par la poste à l'adresse indiquée à la section 4.

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

Le régime de soins dentaires de la personne adhérente est octroyé de façon automatique à toutes les personnes salariées dont le pourcentage de temps travaillé augmente à plus de 25 % du temps complet (pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant), si elles sont couvertes par le régime d'assurance santé ou si elles en sont exemptées, à moins d'une renonciation par écrit en complétant le formulaire disponible à cet effet auprès de l'employeur.

3 – Modifications au régime et tarification applicable à compter du 1^{er} janvier 2020

Vous trouverez dans la présente section les modifications apportées à votre régime d'assurance collective au 1^{er} janvier 2020 de même qu'au 1^{er} avril 2020 ainsi qu'un aperçu de vos couvertures et la nouvelle tarification applicable à cette date.

3.1 Modification au 1^{er} janvier 2020

Ajout de la couverture pour le cannabis à des fins médicales

Sous réserve du pourcentage et du maximum de remboursement présentés à la page 8 du présent document, l'admissibilité des frais engagés pour l'achat de cannabis à des fins médicales requiert une autorisation préalable de SSQ et est assujettie aux conditions suivantes :

- a) le cannabis à des fins médicales doit être prescrit par un médecin ou infirmier praticien aux termes de leurs définitions respectives prévues à la réglementation fédérale encadrant l'accès au cannabis à des fins médicales;
- b) le cannabis à des fins médicales est couvert seulement si son utilisation correspond aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par SSQ;
- c) la personne assurée doit soumettre à SSQ pour approbation, lors de la première demande de prestations et lors du renouvellement de la prescription par la suite :
 - le document médical autorisant l'usage du cannabis à des fins médicales de Santé Canada dûment complété par un médecin ou infirmier praticien autorisé; et
 - le formulaire « Demande d'autorisation de paiement » de SSQ dûment complété par la personne assurée et ce même médecin ou infirmier praticien autorisé;
- d) le cannabis à des fins médicales doit être acheté uniquement auprès d'un titulaire de licence de vente dûment autorisé par Santé Canada.

Exclusions : Aux fins de la présente assurance, ne sont pas considérés comme des frais admissibles :

- les frais liés à la production du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, le coût des graines et plants de cannabis à des fins médicales);
- les frais liés à l'administration du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, le coût de vaporisateurs, de pipes à eau et du papier à rouler);
- les frais administratifs liés à la prescription ou à l'obtention du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, les frais d'ouverture de dossier, de poste, de consultation et de référencement).

3.2 Modification au 1^{er} avril 2020

Modifications de la clause d'exonération des primes

Sous réserve des dispositions déjà prévues au contrat, pour les nouvelles invalidités débutant le 1^{er} avril 2020 ou après, l'exonération des primes s'applique à compter du premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit 3 mois d'invalidité totale. Celle-ci peut également se terminer dès qu'une personne adhérente invalide reçoit une rémunération régulière de l'employeur et lorsqu'elle est en situation de retour progressif au travail ou en situation d'assignation temporaire qui la maintient en invalidité.

3.3 Aperçu de vos couvertures et tarification applicable à compter du 1^{er} janvier 2020

Régime d'assurance santé (participation obligatoire)

La participation à l'un des trois régimes d'assurance santé (Santé I, II ou III) est obligatoire, à moins de bénéficier du privilège d'exemption. Pour se prévaloir de son droit d'exemption, la personne adhérente doit faire la preuve qu'elle et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant une garantie d'assurance médicaments similaire.

Niveaux de protection et statuts de protection

La personne adhérente doit choisir un niveau de protection (Santé I, Santé II ou Santé III) ainsi qu'un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) pour son régime d'assurance santé. Elle peut choisir un **niveau de protection égal ou inférieur au sien pour son conjoint et ses enfants à charge**. Par exemple, elle peut choisir le régime Santé III pour elle-même, mais préférer le régime Santé II pour son conjoint et ses enfants. Les différents scénarios possibles sont décrits dans le tableau de tarification aux pages suivantes.

Durée de la participation

La personne adhérente doit maintenir sa participation au moins **36 mois** au régime choisi avant de pouvoir abaisser son niveau de protection ou celui de ses personnes à charge, à moins que survienne un événement prévu au contrat (une naissance ou une séparation, par exemple).

Précisions sur le remboursement des médicaments

Si la personne assurée achète un médicament innovateur admissible pour lequel il existe une version générique sur le marché, son remboursement est calculé en fonction du coût du médicament générique le plus bas. Le montant qui entre dans le calcul du déboursé annuel est celui que la personne assurée aurait déboursé si elle avait acheté ce médicament générique moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir le remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur si la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. Dans tous les cas, l'approbation de SSQ est requise.

Les médicaments couverts sont ceux qui ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale.

Remboursement des frais admissibles			
Garanties	Santé I	Santé II	Santé III
Médicaments			
* Médicaments et services pharmaceutiques admissibles	80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursier de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile	80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursier de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile	80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursier de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile
Soins d'urgence			
Ambulance	80 %	80 %	80 %
Assurance voyage avec assistance	100 %, maximum de 5 000 000 \$ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 000 \$ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 000 \$ de remboursement / voyage
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum de 5 000 \$ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 \$ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 \$ de remboursement / voyage
Frais médicaux divers			
Appareil auditif	Non couvert	80 %, maximum de 480 \$ de remboursement / 48 mois	80 %, maximum de 480 \$ de remboursement / 48 mois
* Accessoires pour pompe à insuline	Non couvert	80 %, illimité	80 %, illimité
* Appareils orthopédiques	Non couvert	80 %	80 %
* Appareils thérapeutiques et appareils d'assistance respiratoire	Non couvert	80 %, maximum de 10 000 \$ de remboursement à vie	80 %, maximum de 10 000 \$ de remboursement à vie
* Bas de contention	Non couvert	80 %, maximum de 3 paires / année civile	80 %, maximum de 3 paires / année civile
* Cannabis à des fins médicales (sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ)	Nouveau 80 %, maximum de 2 000 \$ de remboursement / année civile	80 %, maximum de 2 000 \$ de remboursement / année civile	80 %, maximum de 2 000 \$ de remboursement / année civile
* Chaussures orthopédiques	Non couvert	80 %	80 %
* Chaussures profondes	Non couvert	80 %, maximum de 150 \$ de remboursement / année civile	80 %, maximum de 150 \$ de remboursement / année civile
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Non couvert	80 %	80 %
* Fauteuil roulant, soutien-gorge postopératoire	Non couvert	80 %	80 %

Remboursement des frais admissibles

Garanties	Santé I	Santé II	Santé III
Frais médicaux divers - suite			
* Glucomètre	Non couvert	80 %, maximum de 240 \$ de remboursement / 36 mois	80 %, maximum de 240 \$ de remboursement / 36 mois
* Injections sclérosantes	Non couvert	80 %, maximum de 25 \$ de remboursement / traitement pour la substance injectée	80 %, maximum de 25 \$ de remboursement / traitement pour la substance injectée
* Lentilles intraoculaires	Non couvert	80 %	80 %
* Lit d'hôpital à usage domestique	Non couvert	80 %, location ou achat si plus économique	80 %, location ou achat si plus économique
* Membres artificiels et prothèses externes	Non couvert	80 %	80 %
* Neurostimulateur transcutané (TENS)	Non couvert	80 %, maximum de 560 \$ de remboursement / 60 mois	80 %, maximum de 560 \$ de remboursement / 60 mois
* Pompe à insuline	Non couvert	80 %, maximum de 6 400 \$ de remboursement / 60 mois	80 %, maximum de 6 400 \$ de remboursement / 60 mois
* Prothèse capillaire	Non couvert	80 %, maximum de 300 \$ de remboursement à vie	80 %, maximum de 300 \$ de remboursement à vie
* Prothèse mammaire et articles pour stomie	Non couvert	80 %	80 %
* Transport et hébergement	Non couvert	80 %, maximum de 48 \$ de remboursement / jour et de 1 000 \$ / année civile	80 %, maximum de 48 \$ de remboursement / jour et de 1 000 \$ / année civile

Pour les garanties précédées d'un astérisque (*) une prescription médicale est requise pour que les frais engagés soient admissibles à un remboursement.

Les frais admissibles engagés en vertu des protections suivantes sont comptabilisés dans le **maximum annuel à déboursier** : médicaments et services pharmaceutiques admissibles; injections sclérosantes; ambulance; appareils orthopédiques; chaussures orthopédiques; chaussures profondes; lentilles intraoculaires; membres artificiels et prothèses externes; prothèse mammaire et articles pour stomie; transport et hébergement.

Remboursement des frais admissibles

Garanties	Santé I	Santé II	Santé III
Professionnels de la santé			
Audiologie, ergothérapie et orthophonie	Non couvert	80 %	80 %
Chiropractie et ostéopathie	Non couvert	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement et 400 \$ / année civile, y compris les radiographies par un chiropraticien à 32 \$ de remboursement / radiographie	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement et 400 \$ / année civile, y compris les radiographies par un chiropraticien à 32 \$ de remboursement / radiographie
Physiothérapie et thérapie de réadaptation physique	Non couvert	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement
Acupuncture	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement
Kinésithérapie, orthothérapie et massothérapie	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum de 25 \$ de remboursement / traitement et 200 \$ / année civile
Podiatrie	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement
Psychologie, psychanalyse, psychiatrie, psychoéducation, travail social, service d'un conseiller en orientation et psychothérapie	Non couvert	Non couvert	50 %, maximum de 1 000 \$ de remboursement / année civile
Soins de la vue			
Lunettes, lentilles cornéennes ou correction visuelle au laser	Non couvert	Non couvert	<p>Adulte et enfant de 13 ans et plus : 80 %, maximum de 320 \$ de remboursement / 36 mois, y compris les examens de la vue, maximum de 40 \$ de remboursement / 36 mois</p> <p>Enfant de moins de 13 ans : 80 %, maximum de 160 \$ de remboursement / 12 mois, y compris les examens de la vue, maximum de 40 \$ de remboursement / 12 mois</p>

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 (par période de 14 jours)⁽¹⁾

Statuts et scénarios de protection	INDIVIDUEL			MONOPARENTAL						FAMILIAL					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Adhérent	Santé I	Santé II	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge	–	–	–	Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III	–	–	–	–	–	–
Conjoint et enfants à charge	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III
Prime totale	51,58 \$	55,46 \$	60,17 \$	61,90 \$	65,78 \$	68,68 \$	70,49 \$	73,39 \$	74,51 \$	113,48 \$	117,36 \$	123,50 \$	122,07 \$	128,21 \$	133,42 \$
Contribution employeur⁽²⁾															
Maximum de l'échelle salariale inférieure à 40 000 \$	5,28 \$	5,28 \$	5,28 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$	13,24 \$
Contribution employé															
Maximum de l'échelle salariale inférieure à 40 000 \$	46,30 \$	50,18 \$	54,89 \$	48,66 \$	52,54 \$	55,44 \$	57,25 \$	60,15 \$	61,27 \$	100,24 \$	104,12 \$	110,26 \$	108,83 \$	114,97 \$	120,18 \$
Contribution employeur⁽²⁾															
Maximum de l'échelle salariale supérieur ou égal à 40 000 \$	2,39 \$	2,39 \$	2,39 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$	5,97 \$
Contribution employé															
Maximum de l'échelle salariale supérieur ou égal à 40 000 \$	49,19 \$	53,07 \$	57,78 \$	55,93 \$	59,81 \$	62,71 \$	64,52 \$	67,42 \$	68,54 \$	107,51 \$	111,39 \$	117,53 \$	116,10 \$	122,24 \$	127,45 \$

⁽¹⁾ Avant la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽²⁾ Ces contributions proviennent des conventions collectives du secteur public de la FSSS pour les échelles salariales inférieures à 40 000 \$ et supérieures ou égales à 40 000 \$. La contribution de l'employeur est réduite de 50 % pour la personne salariée à moins de 70 % du temps plein.

Régime de soins dentaires (participation facultative depuis le 31 mars 2019)

Pour être admissible au régime de soins dentaires, une personne adhérente doit obligatoirement être couverte par le régime d'assurance santé ou en être exemptée. Les **statuts de protection** peuvent toutefois être **différents** entre le régime de soins dentaires et le régime d'assurance santé. Par exemple, une personne adhérente peut choisir un statut de protection familial pour son régime d'assurance santé, mais préférer un statut individuel pour son régime de soins dentaires, et vice versa.

Depuis le 31 mars 2019, une personne adhérente nouvellement admissible au régime d'assurance santé est automatiquement inscrite au régime de soins dentaires et un statut de protection individuel lui est accordé, à moins d'indication contraire.

Durée de la participation

La personne adhérente qui choisit de participer au régime de soins dentaires doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime, **même lorsque survient un événement prévu au contrat**.

Remboursement des frais admissibles

Soins dentaires de base (Diagnostic, prévention et appareils de maintien, restauration mineure, parodontie, chirurgie buccale, anesthésie locale)	80 % ⁽¹⁾ Un examen de rappel ou périodique par période de 9 mois et un examen complet par période de 36 mois.
Soins dentaires de restauration (Restauration majeure, endodontie, prothèses fixes ou amovibles)	60 %, maximum de 1 000 \$ de remboursement / année civile

⁽¹⁾ Les frais admissibles de laboratoire sont limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné.

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 (par période de 14 jours)⁽²⁾

Statuts de protection	INDIVIDUEL	MONOPARENTAL	FAMILIAL
Prime totale	16,07 \$	26,45 \$	40,00 \$

⁽²⁾ Avant la taxe de vente provinciale de 9 %.

Régime optionnel I d'assurance vie (participation facultative)

Assurance vie de base de la personne adhérente ⁽¹⁾	1 fois le salaire annuel assurable
DMA ⁽¹⁾ (Décès ou mutilation accidentels)	Décès accidentel = 1 fois le salaire annuel assurable Mutilation accidentelle = de 10 à 100 % du salaire annuel assurable, selon la perte subie
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	1 à 5 fois le salaire annuel assurable
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge ⁽¹⁾	5 000 \$ / décès; si la personne adhérente fait la démonstration qu'elle n'a pas de conjoint au moment du décès : 10 000 \$ / enfant décédé
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	10 000 \$ à 100 000 \$ par tranche de 10 000 \$

⁽¹⁾ L'assurance vie de base et DMA de la personne adhérente et l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge sont attribuées automatiquement, à moins d'indication contraire.

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 (par période de 14 jours)⁽²⁾

Assurance vie et DMA de base	0,300 % du salaire assurable			
Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	0,55 \$			
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe				
Âge de la personne adhérente ⁽⁴⁾	Coût par 1 000 \$ d'assurance ⁽³⁾			
	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 30 ans	0,031 \$	0,024 \$	0,022 \$	0,014 \$
30 à 34 ans	0,031 \$	0,024 \$	0,024 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,040 \$	0,029 \$	0,032 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,070 \$	0,053 \$	0,061 \$	0,040 \$
45 à 49 ans	0,100 \$	0,073 \$	0,082 \$	0,055 \$
50 à 54 ans	0,154 \$	0,110 \$	0,125 \$	0,089 \$
55 à 59 ans	0,262 \$	0,189 \$	0,211 \$	0,160 \$
60 à 64 ans	0,445 \$	0,328 \$	0,352 \$	0,290 \$

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 (par période de 14 jours)⁽²⁾ - suite

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente

Âge de la personne adhérente ⁽⁴⁾	Coût en % du salaire assurable ⁽³⁾ (Pour 1 fois le salaire assurable)			
	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 30 ans	0,081 %	0,062 %	0,057 %	0,036 %
30 à 34 ans	0,081 %	0,062 %	0,062 %	0,039 %
35 à 39 ans	0,104 %	0,075 %	0,083 %	0,052 %
40 à 44 ans	0,182 %	0,138 %	0,159 %	0,104 %
45 à 49 ans	0,260 %	0,190 %	0,213 %	0,143 %
50 à 54 ans	0,400 %	0,286 %	0,325 %	0,231 %
55 à 59 ans	0,681 %	0,491 %	0,549 %	0,416 %
60 à 64 ans	1,157 %	0,853 %	0,915 %	0,754 %

⁽²⁾ Avant la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽³⁾ À défaut de déclarer être une personne non fumeuse, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

⁽⁴⁾ Les modifications de taux occasionnées par des changements d'âge prennent effet le 1^{er} janvier correspondant ou suivant l'anniversaire de naissance de la personne adhérente. Cependant, pour la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, le sexe et les habitudes tabagiques de la personne conjointe sont utilisés.

Régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée

Montants et durées de la prestation	
Option II F (participation facultative)	80 % de la prestation nette reçue de l'employeur à la 105 ^e semaine d'invalidité jusqu'à 60 ans
Option II O (participation obligatoire si vote favorable)	(61 ans conditionnel aux nouvelles règles de participation au RREGOP depuis le 1^{er} juillet 2019)
Option II O+ (participation obligatoire si vote favorable)	100 % de la prestation nette reçue de l'employeur à la 105 ^e semaine d'invalidité jusqu'à 65 ans et intégration de 65 % de la rente de retraite payable sans réduction actuarielle

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 (par période de 14 jours)⁽¹⁾

Option II F	1,102 % du salaire assurable
Option II O	0,890 % du salaire assurable
Option II O+	1,432 % du salaire assurable

Exemples de salaire assurable et primes correspondantes par période de 14 jours⁽¹⁾

Salaire annuel assurable	25 000 \$	30 000 \$	35 000 \$	40 000 \$	50 000 \$	60 000 \$
Option II F	10,60 \$	12,72 \$	14,83 \$	16,95 \$	21,19 \$	25,43 \$
Option II O	8,56 \$	10,27 \$	11,98 \$	13,69 \$	17,12 \$	20,54 \$
Option II O+	13,77 \$	16,52 \$	19,28 \$	22,03 \$	27,54 \$	33,05 \$

⁽¹⁾ Avant la taxe de vente provinciale de 9 %.

4 – Pour joindre SSQ

Par la poste

Le numéro de certificat doit être indiqué sur toute demande de prestation et toute correspondance adressée à SSQ. L'adresse postale de SSQ est la suivante :

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

Par téléphone

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

Changement d'adresse

N'oubliez pas d'aviser SSQ de votre changement d'adresse! Faites-le en ligne sur le site **Espace client** ou en communiquant avec le Service à la clientèle de SSQ.

5 – Protection des renseignements personnels

5.1 Dossier et renseignements personnels

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

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

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

5.2 Mandataires et fournisseurs de services

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

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

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

5.3 Document d'assurance

Si le contrat a été modifié après la production du présent document, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra.

Espace client

**2 minutes pour s'inscrire.
48 h pour recevoir un remboursement.
Qui dit mieux?**



Avec autant d'avantages, aucune raison de s'en passer.



Réclamez en ligne et recevez l'argent dans votre compte en **48 h** avec le dépôt direct (pour la majorité des soins).



Ne cherchez plus jamais vos documents d'assurance : relevés, preuves, carte.



Consultez vos réclamations facilement.



Sachez toujours quels sont les détails de vos protections d'assurance.

+ **Connectez-vous**
espace-client.ssq.ca