



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**CHARGÉS DE COURS À L'EMPLOI DES
ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC**

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

CHARGÉS DE COURS À L'EMPLOI DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} mai 2000. 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} janvier 2015. 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

ASSURANCE MÉDICAMENTS	1
EXCLUSIONS	4
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
LIMITATIONS GÉNÉRALES	12
DEMANDE DE PRESTATIONS	12

DESCRIPTION DE LA GARANTIE

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 et enfants à charge assurés :	100 \$
Conjoint assuré :	100 \$

Pourcentage de remboursement :

- 1) Médicaments génériques : 75 %
- 2) Médicaments de marque :
 - 75 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 68 % du prix du médicament de marque s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché

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

Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage pour lui-même et l'ensemble de ses personnes à charge assurées et qui demeure à sa charge est de 750 \$ à l'égard de la franchise et 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 (pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %).

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;
- 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'un contrat collectif.

Exclusions :

- 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 des produits 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.

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.

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

- a) est légalement mariée ou unie civilement à un adhérent;
- 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 civilement ou par les liens du mariage.

Employé : toute personne qui occupe un emploi de chargé de cours et qui est engagée avec une charge minimale de 45 heures pour une session ou qui détient un contrat dont la durée excède 28 jours.

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 qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, 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, aurait la tutelle légale sur la personne déficiente si elle 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.

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.

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 considérées comme des maladies.

Médicament équivalent : désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

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

ADMISSIBILITÉ

Tout employé est admissible à l'assurance à la date d'entrée en vigueur de cette police si à cette date il détient un contrat en tant que chargé de cours 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 en tant que chargé de cours.

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.

Les personnes qui désirent que la protection d'assurance prévue en vertu de cette police soit maintenue à leur égard après leur 65^e anniversaire de naissance doivent au préalable en aviser par écrit l'assureur. 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 présente garantie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

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 et qui n'a pas fourni de preuve d'exemption est assuré pour la protection minimale, soit à titre d'adhérent sans personne à charge et l'employeur doit faire le nécessaire afin de prélever la prime requise.
- 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 chargé de cours, ou à défaut, l'employeur doit fournir à l'assureur une liste contenant les renseignements nécessaires à l'adhésion du chargé de cours.

- 3) L'employé demandant une exemption doit fournir à l'assureur la preuve d'existence d'une autre assurance du même genre que celui de la police du preneur, pour lui-même et pour ses personnes à charge, le cas échéant, avant le premier prélèvement de la prime par l'employeur, à défaut de quoi, le prélèvement des primes subséquentes sera effectué tel que prévu au paragraphe 4) ci-dessous et aucun remboursement de primes n'a lieu. Si l'employé présente sa preuve d'exemption après le premier prélèvement de la prime, l'employeur n'est pas tenu de prélever les seconds et troisièmes paiements, selon le cas. 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 au preneur 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) Les primes sont payables annuellement. La prime annuelle de l'adhérent est répartie sur les trois premières périodes de paie faisant suite au début de l'assurance et est versée par l'employeur à l'assureur dans les 15 jours qui suivent le prélèvement de chaque cotisation des primes d'assurance.

Pour un nouvel adhérent, ou celui qui n'occupait pas un emploi de chargé de cours à la session qui précédait immédiatement la session courante, la prime est calculée au prorata du nombre de mois d'assurance au cours de l'année civile. La prime est payable

- a) à compter du premier jour du mois au cours duquel l'adhérent est admissible à l'assurance si celui-ci est embauché entre le premier et le 15 du mois, et
- b) à compter du premier jour du mois suivant son adhésion à l'assurance si l'adhérent est embauché entre le seizième jour et la fin du mois.

L'assurance demeure en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année. 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 6) ci-après.

- 5) Une personne admissible à l'assurance en vertu de la présente garantie 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 la présente garantie par la suite.
- 6) Lorsqu'un adhérent change de statut et qu'il désire modifier sa protection d'assurance, il doit remplir un formulaire d'adhésion. 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 à l'assureur 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 preneur 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 trois 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 du 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.

- 7) Le 31 décembre de chaque année, l'assurance de l'adhérent et de ses personnes à charge, s'il y a lieu, est suspendue jusqu'à la réception par l'assureur de la confirmation de l'employeur à l'effet qu'il a repris son emploi en tant que chargé de cours.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur à la date à laquelle l'employé y devient admissible.

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

FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

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

- a) le 31 décembre de chaque année, sauf si l'employeur fait parvenir à l'assureur une liste identifiant chaque adhérent qui doit reprendre son emploi en tant que chargé de cours à compter de la première session de l'année civile;
- b) la date de la fin du contrat;
- c) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent.

FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

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.

DEMANDE DE PRESTATIONS

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

Lorsqu'elle a recours au service de paiement par l'entremise de la carte de paiement de médicaments, la personne assurée doit présenter au pharmacien la carte du service de paiement. Grâce à ce mode de paiement, dit direct, la personne assurée ne paie au pharmacien que la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle engage et l'adhérent n'a donc pas à présenter de demandes de remboursement à l'assureur.

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 remboursement disponible sur le site internet de l'assureur au desjardinsassurancevie.com ou sur le site sécurisé à l'intention des adhérents dans la section Formulaires.

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 familiale**

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

- **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 plein temps, une déclaration d'enfants à charge étudiant à temps plein est requise sur une base semestrielle (session d'automne ou d'hiver) afin que la demande de remboursement soit traitée directement en pharmacie. À cet effet, l'adhérent est invité à remplir le formulaire « *Déclaration d'enfants à charge de 18 à 25 ans ou de 21 à 25 ans (selon les clauses du contrat) étudiant à temps plein* » qu'il peut se procurer auprès de la personne responsable de l'assurance collective chez l'employeur et à le retourner à l'assureur.

- **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 familiale, le pharmacien devra compléter un dossier pour l'adhérent 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.

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**

Pour tout renseignement relatif aux demandes de prestations, l'adhérent est invité à communiquer avec notre service à 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

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.

