

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**  
**SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)**

**Avenant n° 9**

**au contrat d'assurance collective n° 5185**

À compter du **1<sup>er</sup> décembre 2014**,

1. les paragraphes 1) et 2) de l'article DEMANDE D'ADHÉSION ET DROIT D'EXEMPTION sont modifiés comme suit :
  - 1) Tout employé admissible à l'assurance doit remplir une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible. L'employé doit signifier son choix quant au régime qu'il désire, à défaut de quoi le Régime élargi sera accordé d'office. Il doit également indiquer sur cette demande son choix de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale), à défaut de quoi le statut de protection individuel sera accordé d'office.
  - 2) Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après cette période de 31 jours, l'employé sera assuré d'office en vertu du Régime élargi avec statut de protection individuel, à la date de la demande et tout changement ultérieur de régime devra tenir compte des dispositions de l'article 8 de la présente police concernant le changement de régime.
2. le paragraphe 1) de l'article DÉBUT DE L'ASSURANCE est modifié comme suit :
  - 1) L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur, s'il est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, à la date à laquelle il y devient admissible.
3. le paragraphe 2) de l'article CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION est modifié comme suit :
  - 2) La demande doit parvenir à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'événement à défaut de quoi des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pourraient être exigées, s'il y a lieu.



À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015,

- 1) le premier sous-paragraphe du paragraphe **Franchise et pourcentage de remboursement** de l'article PRESTATIONS est modifié comme suit :
  - o Les frais admissibles ne sont remboursables qu'après déduction du ticket modérateur par médicament prescrit, lorsqu'applicable, et, pour chaque année civile, de la franchise mentionnés au Tableau A et ceux-ci sont soumis au pourcentage de remboursement stipulé au Tableau B (voir les tableaux ci-après).
- 2) la franchise applicable aux frais de médicaments des régimes de base et élargi est modifiée. Les franchises applicables aux autres frais et aux frais d'assurance soins dentaires du Régime élargi sont modifiées.

De plus, le **Tableau A : Franchise** est corrigé par le retrait de la franchise pour les « **Frais admissibles engagés en dehors du Canada** pour un membre de la famille de l'adhérent qui a quitté le pays pour suivre des traitements dans un centre hospitalier spécialisé ».

Le **Tableau A : Franchise** est donc modifié comme suit :

<b>Tableau A : Franchise</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais hospitaliers au Québec</b>	Aucune franchise	Aucune franchise
<b>Frais de médicaments, frais paramédicaux et autres frais</b>	<u>Médicament d'origine (médicament de marque) pour lequel il existe un médicament générique équivalent sur le marché</u> : ticket modérateur de 5 \$ par médicament prescrit  <u>Tous les médicaments, frais paramédicaux et autres frais</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 175 \$ par protection individuelle</li> <li>• 280 \$ par protection monoparentale</li> <li>• 420 \$ par protection familiale</li> </ul>	<u>Médicament d'origine (médicament de marque) pour lequel il existe un médicament générique équivalent sur le marché</u> : ticket modérateur de 5 \$ par médicament prescrit  <u>Tous les médicaments, frais paramédicaux et autres frais</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 \$ par protection individuelle</li> <li>• 80 \$ par protection monoparentale</li> <li>• 120 \$ par protection familiale</li> </ul>
<b>Frais d'assurance soins de la vue</b>	Ne s'applique pas	Aucune franchise
<b>Frais d'assurance soins dentaires</b>	Ne s'applique pas	50 \$ par protection individuelle 80 \$ par protection monoparentale 120 \$ par protection familiale
<b>Frais d'assurance voyage</b>	Aucune franchise	Aucune franchise
<b>Frais d'assurance annulation de voyage</b>	Aucune franchise	Aucune franchise

- 3) le deuxième point du paragraphe **Frais de médicaments (Régimes de base et élargi)** de l'article PRESTATIONS est modifié comme suit :
- Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que la personne assurée débourse est égal à la contribution maximale déterminée par la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard du ticket modérateur, 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 le présent régime. En conséquence, la contribution maximale de l'adhérent et de son conjoint à l'égard des frais de médicaments s'applique séparément. Toutefois, les frais de médicaments engagés pour les enfants à charge sont compris dans la contribution maximale de l'adhérent. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.
- 4) dans le **TABLEAU DES FRAIS ADMISSIBLES POUR SOINS DENTAIRES**, le paragraphe a) est modifié et devient le paragraphe b). Les examens buccaux initial et d'urgence sont respectivement indiqués aux paragraphes a) et c), comme suit. En conséquence, les paragraphes a) à k) deviennent les paragraphes a) à m).
- Examen buccal initial;
  - examens buccaux de rappel, y compris le détartrage et le nettoyage, une fois par période de 6 mois;
  - examens buccaux d'urgence;
- 5) à l'article DEMANDE DE PRESTATIONS, les spécifications relatives à une demande en cas de frais dentaires sont indiquées au paragraphe 2) plutôt qu'au paragraphe 1) f), comme suit. En conséquence, le paragraphe 2) En cas de frais d'annulation de voyage et les deux paragraphes qui suivent deviennent les paragraphes 3) En cas de frais d'annulation de voyage, 4) et 5).
- 2) En cas de frais dentaires
- Pour le remboursement de frais dentaires dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, la personne assurée doit présenter au dentiste participant la carte d'assurance maladie gouvernementale et la carte de paiement. Un simple appel téléphonique permet au dentiste de valider la carte de paiement, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur lui paiera directement et celui que la personne assurée doit déboursier. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations au fournisseur de la carte de paiement et en remet une copie à la personne assurée, qui débourse uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés. Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus et l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.
  - Pour une personne assurée qui réside à l'extérieur du Québec ou si le dentiste utilise le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent n'a pas à présenter de demande à l'assureur pour obtenir son remboursement. EDI permet au dentiste



de valider l'admissibilité de la personne assurée, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur remboursera directement à l'adhérent, ou au dentiste, et celui que la personne assurée devra assumer. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations via EDI et remet une copie de la confirmation à la personne assurée. Dans le cas d'un dentiste qui n'utilise pas le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.

- Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.
- L'assureur se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques périodontiques et des modèles d'étude.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016,

- 1) les définitions de **Frais usuels et raisonnables** et de **Médicament équivalent** sont ajoutées comme suit :

**Frais usuels et raisonnables** : les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

**Médicament équivalent** : un médicament, d'origine (de marque) ou générique, offrant une alternative thérapeutique conformément à la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

- 2) la définition de **Stable** est modifiée comme suit :

**Stable** : se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui :

- a) dans les 30 jours précédant la date de début du voyage pour les employés actifs âgés de moins de 71 ans;
  - b) dans les 90 jours précédant la date de début du voyage pour les employés actifs âgés de 71 ans ou plus;
- n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :
- c) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
  - d) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

- 3) le paragraphe 1) de l'article PARTICIPATION À L'ASSURANCE est modifié comme suit :



- 3) En ce qui concerne la couverture pour les médicaments, la personne âgée de 65 ans ou plus est automatiquement inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments administré par la RAMQ. Cette personne a cependant le choix :
- de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments et assurée en vertu de son régime d'assurance collective;
  - d'annuler son inscription au régime public québécois d'assurance médicaments et de demeurer assurée en vertu de son régime d'assurance collective;
  - de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments et d'annuler l'assurance en vertu de la présente police, pourvu que la personne soit assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant des protections similaires.

Une personne désirant maintenir en vigueur l'assurance en vertu de la présente police après son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance (options a) et b) ci-dessus) doit en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour l'assurer. Si la personne choisit de demeurer inscrite au régime public québécois d'assurance médicaments (options a) et c) ci-dessus), elle ne pourra par la suite modifier son choix à cet égard.

- 4) le paragraphe 3) de l'article CHANGEMENT DE RÉGIME est révoqué;
- 5) le pourcentage de remboursement des frais de médicaments est modifié comme suit dans le **Tableau B : Pourcentage de remboursement** :

<b>Tableau B : Pourcentage de remboursement</b>		
	<b>Régime de base</b>	<b>Régime élargi</b>
<b>Frais de médicaments</b>	1) Médicaments génériques : 80 %* 2) Médicaments d'origine (médicaments de marque) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 %* du prix du médicament d'origine (médicament de marque) s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché</li> <li>• 80 %* du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché</li> </ul> <p>* Le pourcentage indiqué s'applique jusqu'au maximum prévu dans la description de la garantie, il passe alors à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.</p>	

De plus, le **Tableau B : Pourcentage de remboursement** est corrigé par le retrait du pourcentage de remboursement pour les « **Frais admissibles engagés en dehors du Canada** pour un membre de la famille de l'adhérent qui a quitté le pays pour suivre des traitements dans un centre hospitalier spécialisé ».

- 6) le point ci-dessous est ajouté au paragraphe **Frais de médicaments (Régimes de base et élargi)** de l'article PRESTATIONS :
- Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

- 7) dans le **TABLEAU DES FRAIS DE MÉDICAMENTS ADMISSIBLES**, le paragraphe suivant est ajouté. En conséquence, les points c) et d) deviennent les points d) et e).
- a) Pour les personnes assurées de 65 ans ou plus qui sont assurées par le régime public québécois d'assurance médicaments, les médicaments décrits au paragraphe b). Sont aussi remboursables les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime public québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la présente garantie.
- 8) le point c) du paragraphe **Frais paramédicaux et autres frais (Régimes de base et élargi)** de l'article PRESTATIONS est modifié comme suit :
- c) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- 9) le point b) du paragraphe **Frais paramédicaux et autres frais (Régimes élargi seulement)** de l'article PRESTATIONS est modifié comme suit :
- b) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.
- 10) le deuxième sous-paragraphe du paragraphe **Assurance voyage (Régimes de base et élargi)** de l'article PRESTATIONS est modifié comme suit :
- L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de sa province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours (60 jours pour les adhérents âgés de 71 ans ou plus), sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.
- 11) le sous-paragraphe k) du paragraphe **Exclusions applicables à l'ensemble de la police Assurance santé** de l'article EXCLUSIONS est révoqué;
- 12) le dernier sous-paragraphe du paragraphe **Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage** de l'article EXCLUSIONS est modifié comme suit :
- Les prestations d'assurance voyage et d'assistance voyage sont limitées au remboursement viager global de 5 000 000 \$ par personne assurée. Lorsque l'adhérent atteint 71 ans, le remboursement viager global est réduit à 1 000 000 \$ par personne assurée.
- 13) l'article FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT est modifié comme suit :

#### **FIN DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT –**

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

- 1) la date de la fin du contrat;
  - 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
  - 3) la date à laquelle il cesse d'être un employé;
  - 4) la date à laquelle il prend sa retraite;
  - 5) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant l'exemption à l'assurance santé;
  - 6) la date à laquelle il devient assuré en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments, pour les frais de médicaments couverts en vertu de ce régime.
- 14) l'article FIN DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE est modifié comme suit :



## 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 :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;
- 3) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent;
- 4) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant l'exemption à l'assurance santé pour cette personne à charge;
- 5) la date à laquelle cette personne à charge devient assurée en vertu du régime public québécois d'assurance médicaments, pour les frais de médicaments couverts en vertu de ce régime;
- 6) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;
- 7) la date à laquelle l'administrateur du régime reçoit l'avis écrit de l'adhérent demandant de cesser de couvrir ses personnes à charge.

- 15) le paragraphe **En cas de frais d'accident-maladie** de l'article DEMANDE DE PRESTATIONS est modifié comme suit :

### **En cas de frais d'accident-maladie**

- Toute demande de prestations au titre de cette police doit être faite au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.
- L'assureur recommande à l'adhérent 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 devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.
- Lorsqu'elle engage des frais 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.
- Pour les autres frais couverts en vertu de l'assurance santé, l'adhérent doit remplir le formulaire approprié et y attacher l'original des factures acquittées. À noter que toutes les factures doivent mentionner le nom du patient, la nature, la date et le coût des services.

Par conséquent, les pages 5 à 46 inclusivement sont remplacées par les pages ci-jointes.

EN FOI DE QUOI, le présent avenant est dûment signé par les mandataires autorisés à cette fin par l'assureur, à Montréal, ce 30 août 2016.

Les signatures originales ne sont pas reproduites dans le présent document et n'apparaissent que sur la version papier officielle de celui-ci.

