

**RÉPONSES
AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES
CONCERNANT
LES ASSURANCES
DE L'AQDER**

**Comité des assurances
Mai 2016**

SUJETS TRAITÉS

Définitions

1. ASSURANCE COLLECTIVE
2. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE (MALADIE, MÉDICAMENTS, VOYAGE ET ANNULATION DE VOYAGE)
3. MUTUELLE (SANTÉ)
4. CARTE D'ASSURÉ ÉMISE PAR L'INDUSTRIELLE ALLIANCE
5. REPRÉSENTANT LOCAL DU DOSSIER DES ASSURANCES
6. DISTINGUER LE VOCABULAIRE ENTOURANT LES MÉDICAMENTS ET LEUR REMBOUSEMENT

Assurance santé complémentaire

7. ADHÉSION
8. DROIT D'EXEMPTION (ASSURANCE CHEZ UN TIERS)
9. MODIFICATION DE COUVERTURE (Santé)
10. FIN DE L'ASSURANCE
11. FRAIS MÉDICAUX
FRANCHISE, REPORT DE FRANCHISE, POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT, MAXIMUM ADMISSIBLE, REMBOURSEMENT MAXIMAL, ILLIMITÉ, ESI DIFFÉRÉ.
12. MAISON DE CONVALESCENCE
13. SOINS À DOMICILE
14. TRANSPORT
15. VACCINS
16. OPÉRATION DE LA CATARACTE ET LENTILLE CORNÉENNE
17. COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE
18. CHOIX À 65 ANS POUR LES MÉDICAMENTS
19. PRESTATION DE SURVIVANT (suite au décès du membre assuré)

Assurance voyage et annulation de voyage

20. DURÉE DE LA COUVERTURE À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC
21. ÉTAT DE SANTÉ AVANT LE DÉPART
22. MALADIE OU HOSPITALISATION LORS D'UN VOYAGE
23. RÔLE DE CANNASSISTANCE
24. SOINS DE SANTÉ HORS DE LA PROVINCE
25. CARNET DU VOYAGEUR
26. VOYAGE AU QUÉBEC
27. ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE
28. EXCLUSIONS POUR L'ANNULATION OU L'INTERRUPTION D'UN VOYAGE
29. INTERRUPTION DE VOYAGE (RETOUR)
30. BAGAGES

Assurance vie

31. RÉVISION DE LA COUVERTURE EN ASSURANCE VIE
32. MODIFICATION DE COUVERTURE (VIE)
33. PRIME NON-FUMEUR
34. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE D'UNE ASSURANCE VIE

Références

35. SOURCES

Partie 1

Définitions

1. ASSURANCE COLLECTIVE

Le contrat d'assurance est détenu par l'AQDER qui agit à titre «employeur», ce qui justifie que toutes les demandes concernant l'adhésion, la modification de couverture ou le changement de statut doivent passer par l'AQDER. C'est seulement lors des réclamations que l'assuré fait directement affaire avec l'assureur.

2. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

(Maladie, médicaments, voyage et annulation de voyage)

Cette assurance arrive en complément à l'assurance maladie universelle offerte par la RAMQ pour certaines garanties, incluses au contrat, qui ne sont pas déjà couvertes par le régime public.

Elle ne se substitue pas au régime public : les services normalement accessibles par le régime public ne sont pas couverts par l'assurance complémentaire, par exemple une analyse de sang, une échographie, les services d'un médecin, etc. (**FOURNITURES OU SERVICES MÉDICAUX COUVERTS PAR UN RÉGIME OU UN PROGRAMME GOUVERNEMENTAL**)

3. MUTUELLE (santé)

L'assurance santé de l'AQDER est constituée en mutuelle : cela signifie qu'à la fin d'un exercice financier, les profits ou les pertes appartiennent aux assurés. Actuellement, il y a un surplus en assurance santé, ce qui permet de maintenir les primes individuelles à un niveau inférieur aux primes demandées par l'assureur. Dans le cas de perte, la prime augmente inévitablement.

4. CARTE D'ASSURÉ ÉMISE PAR L'INDUSTRIELLE ALLIANCE

L'assureur émet une carte pour chacun des membres assurés. L'AQDER vous conseille de toujours avoir votre carte de l'Industrielle Alliance en votre possession. Les renseignements qui y sont inscrits peuvent toujours vous servir en cas de nécessité.

5. REPRÉSENTANT LOCAL DU DOSSIER DES ASSURANCES

Cette personne, membre de votre section, participe aux séances de formation données par l'AQDER pour acquérir une meilleure compréhension des plans d'assurance collective et bien maîtriser la brochure de l'Industrielle Alliance.

Son premier rôle est de recevoir vos questions, y répondre dans la mesure du possible, chercher l'information auprès des personnes spécialistes si nécessaire et s'assurer qu'on donne suite à votre appel.

6. DISTINGUER LE VOCABULAIRE ENTOURANT LES MÉDICAMENTS ET LEUR REMBOURSEMENT

- 6,1 Obligation de l'assureur
- 6,2 Médicaments remboursés
- 6,3 Médicaments prescrits
- 6,4 Médicaments d'exception
- 6,5 Médicaments en vente libre
- 6,6 Remboursement bloqué
- 6,7 Coût des médicaments
- 6,8 Médicaments d'origine et médicaments génériques
- 6,9 Médicaments obtenus hors Québec
- 6,10 Mention «ne pas substituer»
- 6,11 WebRx

6,1 Loi de la RAMQ et obligations de l'assureur

L'assureur a l'obligation de fournir un remboursement égal ou supérieur à celui du régime universel (RAMQ).

6,2 Médicaments remboursés

La liste des médicaments d'ordonnance remboursés est établie par la RAMQ; l'assureur a l'obligation de la respecter.

Autant l'assureur que la RAMQ procèdent selon cette liste. Toutefois, celle de l'assureur compte près de 5 000 médicaments de plus que celle établie par la RAMQ.

Les remboursements sont effectués soit par la RAMQ, soit par l'Industrielle, jamais par les deux. Si la RAMQ refuse de rembourser un médicament d'ordonnance, il faut remplir une demande de remboursement à l'aide du formulaire disponible sur le site de l'assureur : www.inalco.com.

Pour savoir si le médicament prescrit est couvert par l'Industrielle Alliance, les participants peuvent consulter WebRX (6,11)

6,3 Médicaments prescrits

Les médicaments, lorsque prescrits par un professionnel de la santé, ne sont pas nécessairement admissibles au remboursement.

6,4 Médicaments d'exception

Le médicament d'exception est un médicament qui n'apparaît pas sur la liste des médicaments admissibles pour remboursement. Mais parce qu'il est «nécessaire à la survie du patient et au traitement de sa condition médicale», il peut entraîner une exception traitée par la RAMQ.

Au moment de prescrire un médicament d'exception, pour que ce médicament soit admissible au remboursement, le médecin traitant doit remplir un formulaire spécifique et le transmettre à la RAMQ. La RAMQ rend une décision sur l'admissibilité au remboursement de ce médicament d'exception.

En cas de refus de la RAMQ, vous devrez faire une demande de pré-autorisation chez l'assureur.

Dans le cas d'un membre assuré avec l'Industrielle Alliance pour les médicaments, le membre doit faire remplir par son médecin le «formulaire d'autorisation préalable de l'assureur» et le soumettre à l'Industrielle Alliance.

Le médicament d'exception est toujours soumis à un remboursement pour une période déterminée et réévalué périodiquement.

6,5 Médicaments en vente libre

Il faut distinguer entre

- un médicament prescrit et
- un médicament qui nécessite une prescription pour être obtenu.

Les médicaments en vente libre, accessibles sur les présentoirs et tablettes de la pharmacie, même s'ils sont prescrits, **ne sont pas admissibles au remboursement**, sauf exception.

6,6 Remboursement bloqué

Lorsque le remboursement d'un médicament cesse ou est bloqué à la pharmacie, il faut d'abord demander au pharmacien pour quelle raison le remboursement est bloqué.

Dans la majorité des cas, la situation peut être réglée promptement. Il existe plusieurs causes et l'information obtenue du pharmacien permettra au patient d'intervenir auprès de la bonne instance.

En prévention, le patient doit :

- s'informer auprès du pharmacien
 - lorsqu'un médicament lui est prescrit,
 - pour connaître les changements dans le remboursement de ses médicaments : l'assureur peut cesser de rembourser un médicament si la RAMQ le rembourse. La mise à jour informatique des listes a provoqué de telles situations durant les dernières années.
- s'assurer que son médecin remplit le formulaire si nécessaire et que le formulaire soit transmis à la RAMQ
- s'informer auprès de l'assureur dès que le coût du médicament dépasse 200 \$.

6,7 Coût des médicaments

Les prix peuvent varier d'une pharmacie à l'autre en fonction des honoraires des pharmaciens, du prix demandé pour les médicaments. Donc, il ne faut pas hésiter à magasiner et comparer les prix.

6,8 Médicament d'origine et médicament générique

Au Canada, les médicaments d'origine sont protégés par un brevet pendant 20 ans. Lorsque le brevet prend fin, toute autre entreprise pharmaceutique a le droit de produire le médicament et de le commercialiser, sans toutefois pouvoir utiliser le même nom de marque. Une fois approuvé par Santé Canada, un médicament générique est réputé contenir les mêmes ingrédients actifs que le médicament d'origine et satisfait aux

mêmes normes de qualité et d'efficacité.

Le prix d'un médicament générique est généralement moins élevé que celui d'un médicament d'origine.

Source : Ordre des pharmaciens du Québec

<http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/les-medicaments/medicaments-d-origine-et-medicaments-generiques/>

6,9 Médicaments obtenus hors du Québec

*En règle générale, le régime public ne couvre pas les médicaments achetés hors du Québec. Ainsi, si une personne se procure des médicaments à l'extérieur de la province, elle ne peut pas demander un remboursement à la Régie par la suite.**

*Source : RAMQ

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/medicaments-couverts.aspx>

Il en va de même pour l'assureur de l'AQDER, hors du Québec, les médicaments ne sont pas couverts.

Toutefois, on doit distinguer entre médicaments achetés (non couverts) et médicaments administrés lors d'une urgence médicale (normalement couverts si on a obtenu l'autorisation de CanAssistance avant d'aller consulter un professionnel de la santé à l'étranger).

Les assurés qui voyagent et ont des médicaments prescrits doivent se les procurer à leur pharmacie avant leur départ.

Il faut Contacter Canassistance si, hors du Québec, vos médicaments ont été volés ou égarés et que vous devez les remplacer.

6,10 Mention « Ne pas substituer » inscrite sur les ordonnances : nouvelles règles pour les personnes couvertes par le régime d'assurance médicaments

Dans le régime public d'assurance médicaments, les médicaments sont remboursés sur la base du prix le plus bas, qui est généralement celui du médicament générique plutôt que du médicament d'origine. Ce principe ne s'applique pas lorsque la mention « ne pas substituer » figure sur l'ordonnance rédigée par le médecin.

Toutefois, à partir du 24 avril 2015, les médecins devront ajouter à la mention « ne pas substituer » une justification médicale appropriée pour que le patient n'ait pas à déboursé un montant supplémentaire pour le médicament d'origine, habituellement plus cher.

Source : RAMQ

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments>

6,11 WebRx

WebRx est un outil simple et efficace conçu pour fournir aux participants de l'information clé sur la couverture de leurs médicaments.

- Détermine s'ils sont couverts pour un médicament d'ordonnance.
- Estime le montant de remboursement en fonction de leur régime.

Les participants n'ont qu'à entrer le nom ou le numéro d'identification du médicament (DIN), la province où l'achat est effectué et le nom de l'assuré pour qui le médicament est prescrit.

Comment accéder à WebRx

1. Rendez-vous sur la page d'authentification de CyberClient
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe
3. Sous «Vos contrats», cliquez sur votre régime collectif pour accéder à votre dossier personnel
4. Dans le menu de gauche, sous «Demandes de règlement», cliquez sur WebRx

Partie 2

Assurance santé complémentaire

7. ADHÉSION

En vertu de la loi sur l'assurance médicaments du Québec, instituée le 1^{er} janvier 1997, toute personne de moins de 65 ans et ayant accès à un régime collectif offrant une garantie d'assurance médicaments a l'obligation d'adhérer à ce régime.

Aux mêmes conditions, cette obligation vaut pour le conjoint ou la conjointe et les enfants à charge si ceux-ci ne sont pas déjà protégés par un autre régime collectif.

L'AQDER offre pour ses membres un régime privé d'assurance collective. Les membres doivent donc adhérer à ce régime privé au moment de l'adhésion. Les directeurs et directrices, membres de la FQDE (ou d'une autre association s'ils sont éligibles), peuvent bénéficier de ce régime au moment de leur retraite.

À ce moment, le conjoint ou la personne à charge du retraité doit être couvert par le même régime en protection couple ou familiale.

Cette adhésion se complétera sans preuve d'assurabilité si elle est conclue dans les 90 jours suivant la retraite.

8. DROIT D'EXEMPTION (ASSURANCE CHEZ UN TIERS)

Lorsqu'un membre prend sa retraite et qu'il est couvert avec son conjoint pour l'assurance maladie complémentaire, il doit compléter le formulaire d'adhésion fourni par l'AQDER et indiquer son choix d'être exempté en assurance maladie complémentaire.

Au moment de la perte de couverture de son conjoint, le membre doit revenir à l'assurance maladie complémentaire de l'AQDER. Pour ce faire, il doit téléphoner au bureau de l'AQDER (514 353-3254) pour demander et remplir le formulaire.

9. MODIFICATION DE COUVERTURE (Santé)

Il est important de contacter le bureau de l'AQDER si votre statut change : décès du conjoint, nouveau conjoint, enfant à charge à enlever, etc. Ces changements pourraient apporter une modification à votre couverture et à votre prime annuelle.

Pour modifier le type de couverture (individuel, familial, couple, monoparentale) de l'assurance maladie complémentaire, il faut demander un formulaire en téléphonant au bureau de l'AQDER (514 353-3254).

10. FIN DE L'ASSURANCE

Le contrat prévoit que l'assurance se termine dans certaines circonstances; celles-ci sont énumérées dans les conditions générales.

11. FRAIS MÉDICAUX

Les remboursements effectués par l'assureur sont sujets à :

- une franchise
- un maximum admissible
- un maximum remboursable.

Le **TABLEAU SOMMAIRE** indique les variations de ces chiffres selon le type de soins donnés.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais réclamés par un assuré qui est retenue annuellement par l'assureur. Elle représente 75 \$ pour une protection individuelle ou 100 \$ pour une protection couple, monoparentale ou familiale. Une fois cette franchise atteinte, l'assureur commence à rembourser les réclamations du membre.

La franchise s'applique sur les médicaments et certains frais médicaux. Le **TABLEAU SOMMAIRE** indique clairement les frais comportant ou non une franchise.

Depuis janvier 2015, les assurés du groupe 100 de 65 ans et plus ne sont pas sujets à cette franchise de l'assureur.

REPORT DE FRANCHISE

Cette situation particulière s'applique à un individu qui réclamerait des remboursements uniquement durant les trois derniers mois de l'année civile : octobre, novembre et décembre. Le montant de la franchise retenu lors des réclamations effectuées en octobre, novembre et décembre sera alors reporté à l'année suivante pour éviter que l'assuré ait à assumer deux fois sa franchise durant cette période.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Lorsque la dépense est admissible, son remboursement est assujéti à un pourcentage établi dans le contrat.

Certaines dépenses admissibles sont remboursables à 100 %, par exemple les frais de séjours dans une maison de convalescence; d'autres le sont à 80 %, par exemple les médicaments et les autres frais médicaux. (TABLEAU SOMMAIRE)

MAXIMUM ADMISSIBLE

Le maximum admissible signifie le maximum de frais admissibles au remboursement pour un groupe de soins donné. Il faut le différencier du remboursement maximal.

Exemple : prothèses auditives : maximum admissible de 500 \$ par période de 72 mois consécutifs (TABLEAU SOMMAIRE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE).

Si la dépense est admissible, l'assuré recevra 80 % du montant admissible ; si la réclamation est de 700 \$, l'assuré devrait recevoir 400 \$, soit 80 % du maximum admissible établi à 500 \$.

REMBOURSEMENT MAXIMAL (maximum par personne assurée)

Le remboursement maximal correspond à la somme maximale qui pourra être remboursée pour des services reçus. (TABLEAU SOMMAIRE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE).

Par exemple la somme des montants remboursés (somme des 80 %) pour un groupe de services spécifiques :

- honoraires de praticiens de soins paramédicaux : chiropraticiens.

Maximum admissible de 45 \$ par visite (remboursement de 36 \$ soit 80 % de 45 \$).

Remboursement maximal de 500 \$ par année civile : somme des 36 \$ remboursés par visite incluant les montants remboursés pour les radiographies.

ILLIMITÉ

Tableau sommaire des soins de santé,

FRAIS COUVERTS - MAXIMUMS PAR PERSONNE ASSURÉE «illimité».

Il faut se référer à l'**alinéa J** de l'article de notre livret sur l'assurance maladie complémentaire portant sur les «**Exclusions et Réductions**» où on lit :

La présente garantie ne couvre pas les frais :

Alinéa J : Pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.

On doit comprendre que l'assureur paie la totalité des frais engagés s'ils sont raisonnables et courants. Cette pratique n'est pas unique à notre assureur mais est plutôt généralisée.

Avant d'engager des frais de soins de santé, lorsque les frais sont élevés, la personne assurée devrait obtenir une approbation préalable de l'assureur, tout comme nous le conseillons pour les médicaments lorsqu'ils dépassent 200 \$.

ESI DIFFÉRÉ

C'est le système utilisé par l'assureur pour rembourser la partie des médicaments couverts lors d'un achat en pharmacie : l'assuré paye le total de la facture et les renseignements enregistrés par le pharmacien sont transmis automatiquement à l'assureur qui effectuera, une fois la franchise atteinte, le remboursement de la portion qui revient à l'assuré, souvent dans les jours qui suivent la transaction, surtout si l'assuré bénéficie du dépôt direct.

12. MAISON DE CONVALESCENCE : DÉFINITION ET CONDITIONS

La définition de Maison de convalescence se retrouve au chapitre des DÉFINITIONS, en dans la partie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

Les frais de séjour dans une maison de convalescence sont des frais médicaux couverts sous certaines conditions.

Ces conditions sont énumérées au chapitre des FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA, AUTRES QUE CEUX ENGAGÉS EN RAISON D'UNE URGENCE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

De plus, avant de séjourner dans une maison de convalescence, le participant doit s'assurer que celle-ci est reconnue par l'assureur en téléphonant au bureau de l'AQDER (514 353-3254).

13. SOINS À DOMICILE

Suite à une hospitalisation au Canada ou à une chirurgie d'un jour nécessitant une période de convalescence, certains frais sont remboursables s'ils répondent aux conditions stipulées au contrat. Le membre assuré doit donc prendre connaissance de ces conditions, des frais couverts et des exclusions ou réduction.

Les frais couverts décrits au chapitre **SOINS À DOMICILE** de la brochure doivent être dispensés au domicile de la personne assurée.

Le fournisseur des services rendus doit être une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile, de même que tout travailleur autonome recevant un contrat d'une telle coopérative ou agence.

14. TRANSPORT

Le transport ambulancier n'est remboursé que pour se rendre à l'hôpital lors d'une urgence.

Pour en revenir où pour se rendre à un rendez-vous, certains frais de transport pourraient être remboursés dans le cadre des «**soins à domicile**».

15. VACCINS

Le contrat de l'AQDER ne couvre pas les vaccins

16. OPÉRATION DE LA CATARACTE - LENTILLES CORNÉENNES

Lors d'une opération de la cataracte, la lentille de base est fournie par la RAMQ. Le contrat ne couvre donc pas les lentilles cornéennes plus performantes, ni la différence de prix.

17. COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE

Certains membres s'interrogent sur la possibilité d'avoir des suppléments de couverture en assurance santé; notre assurance collective ne le prévoit pas mais quelques assureurs acceptent de couvrir ces risques.

Il faut magasiner chez les assureurs pour en connaître les bénéfiques et être certain que la protection ajoutée ne serait pas déjà couverte par les régimes auxquels vous contribuez déjà, celui de la RAMQ et celui de l'AQDER.

18. CHOIX À 65 ANS POUR LES MÉDICAMENTS

Quelques mois avant votre 65^e anniversaire, la RAMQ vous envoie une lettre pour vous aviser que vous serez inscrit automatiquement au régime public (médicaments) à compter du premier jour de votre anniversaire.

Si vous ne faites aucune démarche, vous serez inscrit à la RAMQ pour les médicaments et vous continuerez à être couvert par le régime de l'AQDER pour le complémentaire (maladie, médicaments non remboursés par la RAMQ et acceptés par notre assureur, l'assurance voyage et annulation de voyage).

En couverture «Couple» ou «Familiale», il faut porter une attention particulière au statut du membre et à celui du conjoint :

- Si votre **conjoint a moins de 65 ans** et qu'il n'est pas couvert par une assurance collective offrant la couverture médicaments, **il devra passer à la RAMQ. Dans ce cas, il faudra aviser la RAMQ.** Il sera également couvert par le régime complémentaire du membre de l'AQDER.
- Si votre **conjoint a moins de 65 ans** et que vous êtes couvert par son assurance (droit d'exemption) vous pouvez continuer avec l'assurance de votre conjoint. Vous devez aviser la RAMQ que vous êtes couvert par une assurance collective pour les médicaments.
- Si votre **conjoint a moins de 65 ans** et qu'il possède un droit d'exemption à une assurance collective, il devra retourner à son assurance collective parce qu'il ne sera pas couvert par l'assurance complémentaire (maladie, médicaments non remboursés, l'assurance voyage et annulation voyage) du membre de l'AQDER.
- **Pour tous les cas,** vous pouvez vous référer au tableau [«Choix à 65 ans»](#) qu'on retrouve sur le site de l'AQDER à l'onglet assurances.

19. PRESTATION DE SURVIVANT (suite au décès du membre assuré)

Assurance santé

Lors du décès d'un membre, son conjoint peut adhérer à l'AQDER et bénéficier de l'assurance collective. (Voir paragraphe **PRESTATION DE SURVIVANT** dans la brochure assurance complémentaire de l'assureur).

Assurance vie

Le contrat prévoit une prolongation de l'assurance vie à la condition que cette assurance soit transférée dans des délais prescrits.
(Se référer au paragraphe **PRESTATION DE SURVIVANT** dans la brochure assurance vie de l'assureur).

Partie 3

Assurance voyage et annulation de voyage

20. DURÉE DE LA COUVERTURE À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

- **Industrielle Alliance : 180 jours consécutifs**

Un membre assuré peut être à l'extérieur du Québec durant 180 jours, revenir au Québec pour une journée et repartir pour une autre période de 180 jours.

Dans le cas d'un voyage planifié de plus de 180 jours, seuls les 180 premiers jours sont couverts. Les jours supplémentaires devront être couverts par une autre assurance.

Assurance maladie complémentaire – assistance hors de la province en cas d'urgence.

- **RAMQ : 182 jours annuellement;** ceci représente le total des jours permis

Pour être couverte par le régime d'assurance maladie, toute personne établie au Québec doit y être présente plus de la moitié de l'année. La Régie effectue des vérifications à ce sujet. Précisément, il faut totaliser moins de 183 jours d'absence dans une même année civile.

Année civile - Une année civile commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre d'une même année. Les séjours de 21 jours ou moins ne comptent pas dans ce calcul. De plus, les journées de départ et de retour ne sont pas considérées comme des journées d'absence du Québec.

Référence : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/admissibilite-lors-sejour.aspx>

21. ÉTAT DE SANTÉ AVANT LE DÉPART

Si votre état de santé est précaire, mieux vaut avoir l'avis écrit de votre médecin indiquant que votre condition est stable et sous contrôle.

Dans la brochure de l'assureur, au chapitre de l'assurance maladie complémentaire, **FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE**, on peut lire :

«Aucun remboursement n'est prévu dans la présente garantie pour les frais engagés en raison d'un état de santé dont la personne assurée connaissait la précarité et savait qu'il n'était pas sous contrôle au début de l'absence de sa province de résidence.»

«Si la maladie ou l'affection s'est aggravée, a fait l'objet d'une récurrence ou rechute, est instable, est en phase terminale d'évolution, est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage, **l'assureur recommande** à la personne assurée de communiquer avec la firme d'assistance médicale (CanAssistance) afin d'obtenir la confirmation que la garantie s'applique ou non dans sa situation.»

Si votre médecin a modifié une prescription ou vous a prescrit un nouveau médicament, un délai habituel de six mois est nécessaire pour que votre condition soit considérée «stable». Dans ce cas, il vous est impératif de communiquer avec CanAssistance pour obtenir la confirmation que la garantie s'applique.

22. MALADIE OU HOSPITALISATION LORS D'UN VOYAGE

Maladie : si vous devez consulter un professionnel de la santé durant un voyage, appelez d'abord le service d'assistance médicale désigné par l'assureur (CanAssistance).

Hospitalisation : dans la brochure de l'assureur, au chapitre de L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, sous la rubrique FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE, on peut lire :

«Si la personne assurée doit être hospitalisée à l'extérieur de sa province de résidence en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur (CanAssistance*) aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée résultant de l'urgence médicale.»

23. RÔLE DE CANASSISTANCE

CanAssistance est une compagnie d'assistance voyage, d'assistance santé et d'assistance générale dont les services sont retenus par l'assureur pour traiter de toute urgence médicale hors du pays.

Il est donc primordial de communiquer avec CanAssistance le plus tôt possible lors d'une urgence médicale à l'extérieur du Québec. **Il faut se rappeler de ne jamais déboursier de montant avant d'être entré en communication avec CanAssistance, autrement, l'assuré risque de ne pas se faire rembourser par l'assureur.** Ne rien payer, comptant et encore moins avec une carte de crédit.

Le service de CANASSISTANCE est disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

- Appel des États-Unis : 1 800 203-9024 (sans frais)
- Appel d'un autre pays : 514 499-3747 (appel à frais virés)

Ces coordonnées figurent :

- au verso de votre certificat d'assurance que vous devez avoir en votre possession,
- dans votre brochure, sous ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

24. SOINS DE SANTÉ HORS DE LA PROVINCE

L'assurance voyage paie des soins d'urgence pour régulariser l'état de santé d'un membre afin de pouvoir revenir au Québec. Ainsi, un membre ne peut réclamer des traitements de chiropraticien, physiothérapeute ou autre, même s'ils sont recommandés par un médecin.

25. CARNET DU VOYAGEUR

Ce petit document produit par l'AQDER se veut un guide, un aide-mémoire, un outil de préparation et de planification pour vos voyages, peu importe leur durée ou leur

destination; le remplir pourrait vous éviter certaines complications dans le cas de problèmes durant un voyage. Ce carnet est disponible au bureau de l'AQDER (514 353-3254) ou encore sur le site.

26. VOYAGE AU QUÉBEC

Selon le contrat, est couvert tout voyage :

- qui amènera la personne assurée à s'absenter de son domicile pendant au moins 2 nuits consécutives et
- dont la destination est à au moins 400 kilomètres du domicile de la personne assurée.

Ces détails se retrouvent dans la brochure sous **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**.

27. ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Avant d'entreprendre un voyage, le membre assuré devrait prendre connaissance des articles suivants dans la brochure de l'assureur :

- Les voyages couverts
- Les risques assurés
- Les frais couverts
- Les exclusions

Ces détails se retrouvent dans la brochure sous **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**.

28. EXCLUSIONS POUR L'ANNULATION OU L'INTERRUPTION D'UN VOYAGE

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption d'un voyage couvert résulte de l'une des causes suivantes. Entre autres, l'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue. La liste de toutes les exclusions se retrouve dans la brochure dans la partie **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**.

29. INTERRUPTION DE VOYAGE (RETOUR)

- Pour les membres assurés qui voyagent et qui sont tenus de revenir dans leur province de résidence en raison d'une **maladie subite ou d'un accident**, dont ils sont eux-mêmes (famille immédiate) victimes en cours de voyage, le contrat prévoit des remboursements en vertu de la garantie des frais médicaux d'urgence et de l'Assistance hors de la province de résidence. Voir les rubriques dans la brochure sous **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE**.
- Pour les membres assurés qui utilisent les services d'un transporteur (avion, autobus, train public, bateau*) (aller-retour) et qui doivent revenir de leur destination très rapidement en raison d'un décès dans leur famille (dans leur province de résidence) le contrat prévoit que ces frais soient admissibles.

*Si la preuve démontre bien que le transport en bateau est utilisé en tant que transporteur jusqu'à destination du voyage, le bateau entre dans la définition «transporteur»; de plus, si le bateau est utilisé à l'occasion d'une croisière, le bateau de croisière répond dans ce cas plutôt à la définition de «pays de destination» (bien qu'il soit clair que le bateau de croisière n'est pas un pays).

- Pour les membres assurés qui voyagent avec leur voiture personnelle (aller-retour) et qui doivent revenir de leur destination très rapidement en raison d'un décès dans leur famille (dans leur province de résidence), le contrat ne prévoit pas de remboursement de billets d'avion ou de frais de kilométrage en vertu de ce type d'interruption de voyage.

30. BAGAGES

L'assurance voyage ne couvre pas les bagages car ils sont généralement couverts par l'assurance de biens personnels (assurance maison) ou, le cas échéant, par le transporteur quand il en a la responsabilité. Il appartient au membre de vérifier ce type de couverture avant le départ.

Partie 4

Assurance vie

31. RÉVISION DE LA COUVERTURE EN ASSURANCE VIE

Lors de son adhésion à l'AQDER, le membre contracte habituellement une assurance vie collective équivalente à celle qu'il avait lorsqu'il était en fonction tout en respectant le maximum admissible. Avec le temps, la prime d'assurance vie augmente sensiblement selon la strate d'âge et les besoins en assurance vie peuvent diminuer; on conseille donc aux membres de réviser régulièrement leurs besoins en assurance vie et d'ajuster leur couverture à la baisse en conséquence.

32. MODIFICATION DE COUVERTURE (VIE)

Pour modifier sa couverture en assurance vie, il faut remplir un formulaire disponible au bureau de l'AQDER. (514 353-3254) ou sur le site www.lnalco.com .

Pour toute augmentation de couverture, il faudra remplir le formulaire « Preuves d'assurabilité » de l'assureur. Le dossier sera étudié par l'assureur et l'acceptation n'est pas automatique.

33. PRIME NON-FUMEUR

Pour payer la prime de non-fumeur, il faut avoir cessé de fumer durant une année (12 mois consécutifs).

Pour changer de statut de fumeur à non-fumeur, il faut compléter la déclaration de non-fumeur qu'on obtient en appelant au bureau de l'AQDER. (514 353-3254) ou sur le site www.lnalco.com.

Si vous recommencez à fumer vous devrez changer votre statut de non-fumeur à fumeur.

Il faut porter attention au paragraphe traitant la «Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur. (Brochure assurance vie, **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT**)

34. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE D'UNE ASSURANCE VIE

Il faut remplir le formulaire « changement de bénéficiaire » de l'assureur disponible au bureau de l'AQDER. (514 353-3254) ou sur le site www.lnalco.com

Il est recommandé de nommer le ou les bénéficiaires plutôt que les ayants droits car, au décès, l'assureur émet le chèque au bénéficiaire nommé dans un court délai. Pour les ayants droit, l'assureur émettra le chèque au nom de la succession.

Il est aussi recommandé de nommer le bénéficiaire d'une façon **révocable**, ce qui permet de changer de bénéficiaire sans demander l'autorisation du bénéficiaire désigné.

35. SOURCES

Brochures de l'Industrielle Alliance –

ASSURANCE COLLECTIVE Description du régime

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES DIRECTEURS ET DIRECTRICES D'ÉTABLISSEMENT
D'ENSEIGNEMENT RETRAITÉS.

Dernière modification : 1^{er} janvier 2015 – police 28000

www.aqder.ca , onglet Assurances

www.canassistance.com

www.inalco.com

<http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/les-medicaments/>

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/