

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

administré par



**Professionnelles et professionnels
non syndiqués du gouvernement du Québec
et certaines autres organisations**
Personnes retraitées - Contrat 9800
Janvier 2010

MESSAGE DU COMITÉ DES ASSURANCES

Votre Comité des assurances, en collaboration avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine, a le plaisir de vous présenter cette nouvelle brochure qui décrit l'essentiel des protections de votre régime d'assurance collective.

IMPORTANT

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès du secrétaire du comité des assurances au Secrétariat du Conseil du trésor.



100 %

Cette brochure est disponible sur le site Internet de La Capitale au www.lacapitale.com

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
SOMMAIRE DES RÉGIMES	7
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	8
Définitions	8
Admissibilité.....	11
Participation	11
Changement de protection	12
Droit d'exemption.....	13
Transformation	14
Continuation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente .	15
Bénéficiaire.....	15
Fin de l'assurance	16
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (<i>obligatoire</i>).....	17
Participation	17
Structure du régime d'assurance maladie.....	19
Frais exempts de franchise remboursables à 100 %	23
Hospitalisation	23
Assurance voyage	23
Assurance annulation de voyage.....	23
Médicaments	23
Autres frais admissibles.....	26
Exclusions et réduction de la garantie.....	34
RÉGIME D'ASSURANCE VIE (<i>optionnel</i>)	36
Participation	36
Assurance vie de la personne adhérente	36
Assurance vie des personnes à charge	37
Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale.....	39
DEMANDE DE PRESTATIONS.....	40
ASSURANCE VOYAGE.....	42
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....	49
LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS	57
TABLEAU DES PRIMES MENSUELLES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2010	59

Assureur : La Capitale assureur de l'administration publique inc.
Administrateur du contrat : La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

SOMMAIRE DES RÉGIMES

Ce tableau décrit brièvement les régimes de votre assurance collective. Afin d'obtenir une description complète de ces régimes, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

Régime	Protection
Assurance maladie	(p. 17) <i>Obligatoire pour la personne adhérente de moins de 65 ans et optionnelle par la suite</i>
Hospitalisation	100 %, chambre semi-privée
Assurance et assistance voyage	100 %, maximum par personne assurée, 5 000 000 \$ viager
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum par personne assurée par voyage, 5 000 \$
Médicaments	80 % des premiers 3 350 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Différé
Franchise annuelle	Applicable sur les médicaments seulement
protection individuelle	50 \$
protection monoparentale	75 \$
protection familiale	100 \$
Autres frais admissibles	65 % des premiers 3 350 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent
Assurance vie	(p. 36) <i>Optionnelle</i>
Personne adhérente	25 %, 50 %, 75 %, 100 %, 125 %, 150 %, 175 % ou 200 % du traitement annuel reçu immédiatement avant la retraite, selon le choix et l'âge de la personne adhérente
Personnes à charge	6 000 \$, personne conjointe 6 000 \$, enfant à charge
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	(p. 38) <i>Optionnelle</i>
Conjointe ou conjoint d'une personne adhérente de moins de 65 ans	1 à 2 tranches de 10 000 \$
Conjointe ou conjoint d'une personne adhérente de 65 ans ou plus	10 000 \$

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Accident

Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

Âge

L'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de la personne retraitée assurée.

Centre hospitalier

Un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) et de ses règlements; à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.

Comité

Le Comité d'assurance pour les professionnelles et professionnels syndiqués et non syndiqués du gouvernement du Québec à l'emploi du gouvernement du Québec et des organismes affiliés.

Employeur

Le gouvernement du Québec (ministères et organismes) et les organisations acceptées par le Comité d'assurance.

Enfant à charge

Tout enfant célibataire

- i) de la personne adhérente, de sa personne conjointe ou des deux y compris l'enfant légalement adopté, ou
- ii) à l'égard duquel la personne adhérente ou sa personne conjointe exerce une autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur,
- iii) dont la personne adhérente ou la personne conjointe assume le soutien;

- 1- âgé de moins de 18 ans;
- 2- âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'une preuve à la satisfaction de La Capitale. Cet enfant à charge, au cours d'un congé sabbatique scolaire, peut maintenir son statut d'« enfant à charge » pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :
 - une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à La Capitale et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
 - la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge.

Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

- 3- quel que soit son âge, atteint d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (L.R.Q., c A-29.01, r.2) survenue alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'« enfant à charge », ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu et domicilié chez la personne adhérente.

Médecin

La ou le médecin membre en règle de sa corporation professionnelle.

Personne à charge

La personne conjointe et les enfants à charge.

Personne adhérente

Toute personne retraitée qui est admissible à l'assurance et qui est assurée par l'un ou l'autre des régimes décrits dans le présent contrat.

Personne assurée

La personne retraitée, la personne conjointe ou l'un de leurs enfants à charge assuré en vertu du présent contrat.

Personne conjointe

Le terme « personne conjointe » a le sens suivant :

La personne :

- i) qui est mariée ou unie civilement à la personne adhérente et qui cohabite avec elle; ou
- ii) qui vit maritalement avec la personne adhérente et que ces deux personnes sont les mère et père d'un même enfant; ou
- iii) de sexe différent ou de même sexe, qui vit maritalement avec la personne adhérente depuis au moins un an.

La dissolution du mariage ou de l'union civile par divorce ou annulation fait perdre ce statut de personne conjointe, de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas de personnes vivant maritalement.

Lorsque la personne adhérente, ou la personne de sexe différent ou de même sexe qu'elle présente publiquement comme sa personne conjointe est légalement mariée ou unie civilement à une autre personne, la définition de personne conjointe s'applique à celle que la personne adhérente a désignée comme personne conjointe à La Capitale en lieu et place de la personne conjointe.

Personne retraitée

Une personne employée qui prend sa retraite en vertu d'un régime de retraite administré par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), tel que le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), le Régime de retraite des enseignants (RRE), le Régime de retraite de certains enseignants (RRCE), le Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC), le Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ) et le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Toutefois, une personne retraitée invalide avant l'âge normal de retraite n'est pas considérée comme une personne retraitée, mais plutôt comme une personne invalide, et ce, jusqu'à 65 ans.

Preneur

Le gouvernement du Québec.

Proche parent

La personne conjointe, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le demi-frère, la demi-soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits-enfants de la personne assurée.

Traitement

Le traitement ou salaire de la personne employée déterminé en vertu de la réglementation de travail applicable pour établir sa protection aux régimes d'assurance prévus au présent contrat.

2. Admissibilité

Seules les personnes assurées en vertu du contrat des Professionnelles et professionnels non syndiqués du gouvernement du Québec et des organismes affiliés sont admissibles à ce régime d'assurance collective, à compter de la date de leur retraite. La personne invalide exonérée qui atteint l'âge de 65 ans est considérée comme une personne retraitée.

Toute personne retraitée admissible doit remplir une demande d'adhésion. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

La personne conjointe ou l'enfant à charge est admissible au régime d'assurance collective à la même date que la personne adhérente si elle est déjà une personne conjointe ou un enfant à charge, sinon à la date où elle le devient.

3. Participation

Lorsqu'une personne employée assurée prend sa retraite, sa participation et celle de la personne conjointe ou de ses enfants à charge s'il y a lieu, au régime de base et aux régimes optionnels cesse à cette date. Toutefois, ladite personne employée peut, à compter de la date de sa retraite, choisir de participer à un ou à l'ensemble des régimes offerts à l'intention des personnes retraitées.

Régime d'assurance maladie

- **Personne retraitée de moins de 65 ans**

La participation au régime d'assurance maladie de la personne retraitée de moins de 65 ans est **obligatoire** à moins de se prévaloir du droit d'exemption.

- **Personne retraitée de 65 ans ou plus**

La participation au régime d'assurance maladie est **facultative**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à la page **17** de la brochure.

Régime d'assurance vie

La participation au régime d'assurance vie est **facultative**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à la page **36** de la brochure.

4. Changement de protection

Assurance maladie

a) Augmentation

La personne adhérente assurée selon une protection individuelle ou monoparentale et qui opte par la suite pour une protection monoparentale ou familiale voit sa nouvelle protection prendre effet à la date à laquelle elle prend une personne conjointe ou prend à charge un enfant ou dès que ses personnes à charge cessent d'être protégées par un régime d'assurance groupe comportant des prestations similaires et pourvu qu'une nouvelle demande d'adhésion soit remplie par la personne adhérente et reçue par La Capitale dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la personne adhérente prend conjointe ou conjoint ou prend à charge un enfant ou la terminaison de leur protection par le régime similaire.

Si la demande de changement de protection parvient à La Capitale plus de 30 jours après l'événement, le changement de protection n'est pas accordé, sauf pour la personne retraitée de moins de 65 ans pour qui les changements de protection et de primes prennent effet rétroactivement à la date de l'événement. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

b) Réduction

La même procédure s'applique à la personne adhérente assurée selon une protection familiale ou monoparentale et qui opte par la suite pour une protection monoparentale ou individuelle. Dans un tel cas, la nouvelle protection prend effet à la date à laquelle aucune personne ne se qualifie comme personne conjointe ou enfant à charge, selon le cas, ou dès que ses personnes à charge sont protégées par un régime d'assurance groupe comportant des prestations similaires et pourvu qu'une demande en ce sens soit remplie par la personne adhérente et reçue par La Capitale dans les 30 jours qui suivent cette date, sinon à la date de réception de la demande par La Capitale.

Assurance vie

a) Augmentation

Le montant de protection choisi au moment de la retraite ne peut, en aucun temps, être augmenté, et ce, autant pour l'assurance vie de la personne adhérente que l'assurance vie de la personne conjointe ou des enfants à charge.

b) Réduction

Une réduction du montant de protection peut être faite en tout temps en avisant La Capitale par écrit. La réduction du montant de protection et les primes afférentes prennent effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par La Capitale.

<p>IMPORTANT : Une réduction du montant de protection constitue une modification irréversible.</p>
--

5. Droit d'exemption

Assurance maladie

A) Exemption

Une personne retraitée ou les personnes à sa charge peuvent refuser ou cesser de participer au régime d'assurance maladie à la condition qu'elles attestent, à la satisfaction de La Capitale, qu'elles sont assurées en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Pour ce faire, elles doivent remplir le formulaire « *Demande d'adhésion ou de modification* » disponible soit à La Capitale ou sur le site Internet de cette dernière. Par la suite, elles doivent le faire parvenir à La Capitale.

L'exemption prend effet le premier jour du mois suivant l'acceptation de la demande par La Capitale.

B) Terminaison de l'exemption

La personne exemptée du présent régime d'assurance maladie qui cesse d'être protégée en vertu d'un régime collectif peut réintégrer le régime d'assurance maladie à la condition d'en faire la demande par écrit à La Capitale dans les 60 jours qui suivent la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « *Demande d'adhésion ou de modification* » disponible soit à La Capitale ou sur le site Internet de cette dernière. Par la suite, elle doit le faire parvenir à La Capitale. La protection en vertu du présent régime prend alors effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si la demande de terminaison de l'exemption parvient à La Capitale après le délai précité de 60 jours, la personne retraitée ne peut réintégrer le régime d'assurance maladie, sauf si elle est âgée de moins de 65 ans, dans lequel cas la protection et le paiement des primes prennent effet rétroactivement à la date de cessation de la protection ayant permis l'obtention d'une exemption. Toutefois, la rétroactivité ne peut jamais excéder 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période sont admissibles à un remboursement.

6. Transformation

Assurance vie des personnes à charge

Lorsque la personne conjointe ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition de « personne à charge », elle a le droit de transformer, sans preuves d'assurabilité, la protection d'assurance vie qu'elle détenait en une police individuelle d'assurance permanente ou temporaire d'un genre alors émis par La Capitale. Elle doit en faire la demande par écrit à La Capitale dans les 31 jours suivant la date où elle ne se qualifie plus à titre de personne conjointe ou d'enfant à charge.

La protection d'assurance vie de la personne conjointe ou de l'enfant à charge demeure en vigueur durant la période au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé. La personne conjointe ou l'enfant à charge ne peut exercer le droit de transformation qu'une fois en vertu du présent contrat.

Assurance maladie

Le droit de transformation permet à la personne conjointe ou ses enfants à charge d'obtenir, sans preuves d'assurabilité, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie (excluant l'assurance médicaments) aux taux et conditions fixés par La Capitale et alors en vigueur pour ce genre de protection à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de La Capitale dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- a) la personne conjointe ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat;
- b) six mois après le décès de la personne adhérente.

7. Continuation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de la personne adhérente

Lors du décès d'une personne adhérente, la participation de la personne conjointe ou des enfants à charge aux régimes d'assurance qu'ils détiennent alors est maintenue en vigueur sans paiement de primes pour une période de six mois.

Après cette période de six mois, la personne conjointe ou les enfants à charge peuvent continuer leur participation aux régimes d'assurance vie qu'ils détiennent en payant la prime requise. Relativement à la protection additionnelle sur la vie de la personne conjointe, le taux d'assurance vie est alors établi en fonction de l'âge de cette personne. Nonobstant ce qui précède, la personne conjointe ou les enfants à charge dont la protection à titre de personne conjointe ou d'enfants à charge d'une personne retraitée décédée a débuté avant le 1^{er} juillet 1999 peuvent également continuer leur participation au régime d'assurance maladie à l'intention des personnes retraitées en payant la prime requise.

8. Bénéficiaire

Toute personne adhérente peut désigner un seul bénéficiaire ou changer un bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de La Capitale. La Capitale n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant la personne adhérente retournent à cette dernière. Si, au moment du décès de la personne adhérente, cette dernière n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de la personne adhérente.

9. Fin de l'assurance

L'assurance de la personne adhérente, de la personne conjointe ou des enfants à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de la résiliation du contrat d'assurance collective;
- dans le cas où les primes exigibles ne sont pas versées à La Capitale : pour la garantie d'**assurance maladie** : 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet de La Capitale à la dernière adresse connue de la personne adhérente. Pour la garantie d'**assurance vie** : à la date d'échéance des primes exigibles si elles ne sont pas versées à La Capitale avant l'expiration du délai de grâce de 31 jours accordé pour leur paiement;
- le premier jour du mois suivant la date de réception par La Capitale de l'avis écrit d'une personne adhérente qui désire mettre fin à sa participation à l'un des régimes optionnels offerts;
- dans le cas de la personne conjointe ou d'un enfant à charge, à la date où la personne conjointe ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition prévue au présent contrat.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE *(obligatoire)*

1. Participation

Le régime d'assurance maladie des personnes employées et non invalides cesse à la date de la retraite. Au cours de la période de 60 jours suivant la date de sa retraite, la nouvelle personne retraitée recevra un avis de La Capitale l'informant des régimes disponibles. Dès lors, il lui sera accordé un délai de 30 jours suivant ledit avis afin de transmettre à La Capitale son choix relatif aux protections désirées. Le cas échéant, ces protections prennent effet rétroactivement à la date de sa retraite avec paiement des primes au taux des personnes retraitées.

1.1 Personne retraitée de moins de 65 ans

La participation au régime d'assurance maladie de la personne retraitée âgée de moins de 65 ans est **obligatoire**, et ce, tant qu'elle est âgée de moins de 65 ans, à moins de se prévaloir du droit d'exemption décrit au point **5** de la page **13**.

Si La Capitale reçoit la demande d'adhésion au régime obligatoire d'assurance maladie après un délai de 60 jours suivant la date de la retraite, la protection et les primes afférentes prennent alors effet rétroactivement à la date de la retraite. Toutefois, la rétroactivité n'excédera pas 12 mois et les frais engagés pendant cette période seront admissibles à un remboursement.

1.2 Personne retraitée de 65 ans ou plus

La participation au régime d'assurance maladie est **facultative**. À moins de se prévaloir du droit d'exemption décrit au point **5** de la page **13**, la personne retraitée de 65 ans ou plus doit choisir une des options suivantes :

- a) participer au présent régime pour l'ensemble des garanties (incluant la garantie médicaments) et payer la surprime afférente;
- b) s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) et, s'il y a lieu, inscrire sa personne conjointe ou ses enfants à charge et maintenir la couverture des autres garanties d'assurance maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par le RGAM mais admissibles à un remboursement par La Capitale;

- c) s'inscrire à la RAMQ pour les médicaments et, s'il y a lieu, inscrire sa personne conjointe ou ses enfants à charge et ne pas participer au présent régime.

IMPORTANT

Pour la personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans

La personne adhérente qui atteint 65 ans est automatiquement inscrite au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). À moins d'indication contraire, La Capitale considère que la personne adhérente maintient son inscription à la RAMQ et qu'elle y inscrit également sa personne conjointe et ses enfants à charge, s'il y a lieu. La Capitale accorde alors une réduction de primes à la personne adhérente et maintient la couverture des autres garanties d'assurance maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par la RAMQ mais admissibles à un remboursement par La Capitale, et ce, pour l'ensemble des assurés. L'inscription à la RAMQ étant **irrévocable**, ces personnes ne pourront plus être assurées par La Capitale pour les médicaments couverts par la RAMQ.

La personne adhérente qui atteint 65 ans et qui décide de se désengager de la RAMQ et de conserver la garantie de médicaments avec La Capitale doit en faire la demande par écrit à La Capitale et payer la surprime correspondante (voir tableau à la page **59**). Cette décision est réversible, car la personne adhérente peut s'inscrire à la RAMQ en tout temps.

2. Structure du régime d'assurance maladie

Le régime d'assurance maladie est composé de trois parties qui sont décrites au tableau suivant :

	Partie 1	Partie 2	Partie 3
Garanties	- Hôpital - Assurance voyage - Assurance annulation de voyage	- Médicaments	- Autres garanties
Franchise annuelle par certificat	Aucune	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 75 \$ Familiale : 100 \$	Aucune
Coassurance (% de remboursement par La Capitale) et palier (s'il y a lieu)	100 %	Frais admissibles jusqu'à concurrence de 3 350 \$: 80 % après application de la franchise Frais admissibles en excédent de 3 350 \$: 100 %	Frais admissibles jusqu'à concurrence de 3 350 \$: 65 % Frais admissibles en excédent de 3 350 \$: 100 %

Ces trois parties sont indissociables et constituent le régime d'assurance maladie. La protection détenue (individuelle, monoparentale ou familiale) doit être la même dans toutes les parties du régime.

2.1 Application de la franchise, de la coassurance et du palier

a) La franchise

La franchise annuelle (communément appelée « déductible ») est le montant de frais admissibles que la personne assurée doit assumer avant qu'un remboursement ne soit effectué. Les frais admissibles engagés par l'ensemble des personnes assurées d'un même certificat sont premièrement appliqués en réduction de la franchise. Seuls les frais admissibles en excédent du montant de la franchise ouvrent droit à des remboursements.

Pour les fins de la gestion de la franchise, toutes les demandes de prestations doivent être acheminées à La Capitale (médicaments ou autres frais), et ce, même si le montant de la demande est inférieur au montant de la franchise. Dans le cas de médicaments, les frais adressés à La Capitale par voie électronique sont également pris en considération. Veuillez prendre note qu'une seule franchise est applicable pour la partie 2.

b) La coassurance

La coassurance est le pourcentage des frais admissibles remboursé par La Capitale après que la franchise ait été assumée par la personne assurée.

c) Le palier

Le palier est le montant de frais admissibles à partir duquel ces frais sont remboursés en totalité (100 %). Le palier est fixé à 3 350 \$ de frais admissibles pour chacune des parties 2 et 3 du régime.

2.2 Exemples

Exemple 1 Partie 2 du régime d'assurance maladie

Coût annuel des **médicaments** admissibles : 225 \$

	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Frais admissibles présentés à La Capitale	225 \$	225 \$	225 \$
Franchise annuelle par certificat	50 \$	75 \$	100 \$
Solde	175 \$	150 \$	125 \$
Remboursement par La Capitale (80 %)	140 \$	120 \$	100 \$

Exemple 2 Partie 2 du régime d'assurance maladie

Coût annuel des **médicaments** admissibles : 4 850 \$

	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Frais admissibles présentés à La Capitale	4 850 \$	4 850 \$	4 850 \$
Franchise annuelle par certificat	50 \$	75 \$	100 \$
Solde	4 800 \$	4 775 \$	4 750 \$
Portion des frais remboursés par La Capitale à 100 % (excédent de 3 350 \$)	3 300 \$	3 275 \$	3 250 \$
Remboursement par La Capitale (80 %)	2 640 \$	2 620 \$	2 600 \$
Portion des frais remboursés par La Capitale à 100 % (excédent de 3 350 \$)	1 500 \$	1 500 \$	1 500 \$
Remboursement total par La Capitale	4 140 \$	4 120 \$	4 100 \$

Exemple 3 Partie 3 du régime d'assurance maladie
Coût annuel des **services** admissibles : 340 \$

	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Frais admissibles présentés à La Capitale	340 \$	340 \$	340 \$
Franchise annuelle par certificat	-	-	-
Solde	340 \$	340 \$	340 \$
Remboursement par La Capitale (65 %)	221 \$	221 \$	221 \$

Exemple 4 Partie 3 du régime d'assurance maladie
Coût annuel des **services** admissibles : 4 920 \$

	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Frais admissibles présentés à La Capitale	4 920 \$	4 920 \$	4 920 \$
Franchise annuelle par certificat	-	-	-
Solde	4 920 \$	4 920 \$	4 920 \$
Portion des frais remboursés par La Capitale à 100 % (excédent de 3 350 \$)	3 350 \$	3 350 \$	3 350 \$
Remboursement par La Capitale (65 %)	2 177,50\$	2 177,50\$	2 177,50\$
Portion des frais remboursés par La Capitale à 100 % (excédent de 3 350 \$)	1 570 \$	1 570 \$	1 570 \$
Remboursement total par La Capitale	3 747,50\$	3 747,50\$	3 747,50\$

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-après.

3. Frais exempts de franchise remboursables à 100 %.

a) Hospitalisation

La Capitale rembourse les frais d'hospitalisation engagés par la personne assurée lorsque celle-ci est admise dans un hôpital au Canada sur prescription de la ou du médecin traitant et y reçoit effectivement un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse, pour la portion en excédent des frais hospitaliers en salle publique jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée (à deux lits) telle que prévue à la grille des tarifs décrétés par le Ministère de la santé et de services sociaux (M.S.S.S.) sans limite quant au nombre de jours. Les frais relatifs à la contribution financière à l'hébergement (soins de longue durée) ne sont pas couverts. La demande de prestations concernant la présente garantie peut être présentée à La Capitale sur un compte non acquitté.

b) Assurance voyage

(Voir description de la garantie à la page **42** de la brochure.)

c) Assurance annulation de voyage

(Voir description de la garantie à la page **49** de la brochure.)

4. Médicaments

Les services et fournitures sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par une ou un médecin ou par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire et nécessaires au traitement de la personne assurée.

Ces frais sont remboursés à 80 % après application de la franchise. Toutefois, si le total des frais de médicaments admissibles engagés pour la personne adhérente et les personnes à sa charge excède 3 350 \$ par année civile, les frais de médicaments qui excèdent ce montant sont remboursables à 100 %.

Une franchise annuelle de 50 \$ pour la personne adhérente détenant une protection individuelle, 75 \$ pour la personne adhérente détenant une protection monoparentale et 100 \$ pour la personne adhérente détenant une protection familiale s'applique aux frais décrits ci-après.

La Capitale rembourse les **médicaments porteurs d'un DIN** (*Drug Identification Number*) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par une pharmacienne ou un pharmacien ou par une professionnelle ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires), édition courante, et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception dans la liste RAMQ », ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments. Un médicament d'exception requiert une autorisation préalable de La Capitale.

Dans le cas de **médicaments injectés** en cabinet privé d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. À cet égard, les substances injectées administrées pour des raisons médicales mais non esthétiques sont couvertes jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 20 \$ par traitement.

Sont également couverts par la présente clause les **stérilets** prescrits par une ou un médecin.

Les **produits antitabac** dits « médicaments d'exception dans la liste RAMQ » ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments.

Les produits antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments sont également couverts par le présent régime. Ils sont sujets à un maximum annuel global de frais admissibles selon les dispositions prévues au régime gouvernemental cité précédemment.

La personne assurée peut se prévaloir du service de paiement automatisé différé . Voir détails à la page 40 .

Exclusions

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- c) les médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- d) les médicaments homéopathiques ou dits naturels;
- e) les produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le Régime général d'assurance médicaments;
- f) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments, demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de La Capitale, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;
- g) les écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant, à la satisfaction de La Capitale, toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;
- h) les médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- i) les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le Régime général d'assurance médicaments sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- j) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
- l) les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale.

La présente clause ne doit pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert sous le Régime général d'assurance médicaments.

De plus, La Capitale peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. La Capitale peut, entre autres, exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

Limitations pour les personnes assurées par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM)

- a) La contribution de la patiente ou du patient (franchise et coassurance) exigée pour une personne assurée par le RGAM n'est pas couverte par la présente garantie.
- b) Les dispositions du RGAM prévoient que lorsqu'un médicament est produit par plusieurs fabricants, la RAMQ ne rembourse que le prix du médicament produit par le fabricant proposant le prix le plus bas et la portion excédentaire est assumée par la personne assurée. Cet excédent non assuré par la RAMQ n'est pas couvert par la présente garantie.

5. Autres frais admissibles

Les services et fournitures décrits ci-après sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par une ou un médecin, sauf si indiqué autrement, et nécessaires au traitement de la personne assurée.

Ces frais sont remboursés à 65 %. Toutefois, si le total des frais admissibles engagés pour la personne adhérente et les personnes à sa charge excède 3 350 \$ par année civile, les frais qui excèdent ce montant sont remboursables à 100 %.

- a) Lorsqu'une personne assurée doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts au Québec**, La Capitale rembourse les frais médicaux et hospitaliers suivants :

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation, incluant les frais de chambre, pension, services généraux de l'hôpital, médicaments, radiographies et analyses de laboratoire, engagés à l'extérieur du Québec pour des soins préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Les frais doivent faire l'objet de prestations en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalant à celui remboursé en vertu de cette loi.

Honoraires professionnels de médecins

Les honoraires professionnels de médecins engagés à l'extérieur du Québec pour des soins médicaux, chirurgicaux et d'anesthésie préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce que non disponibles au Québec. Ces frais doivent faire l'objet de prestations par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les frais couverts sont ceux qui excèdent les prestations payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement équivalent à trois fois les prestations effectivement payées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- b) Sans prescription médicale, les frais de **transport par une ambulance** en direction ou en provenance d'un centre hospitalier, y compris le transport par avion dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de La Capitale et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen ainsi que les frais d'**oxygénothérapie** durant ou immédiatement avant le transport.
- c) Les honoraires d'une **infirmière diplômée ou d'un infirmier diplômé** dûment licencié ainsi que d'une **infirmière auxiliaire ou d'un infirmier auxiliaire** requis à la suite d'une hospitalisation. Les services couverts sont ceux rendus pour des soins continus et exclusifs à la personne assurée, à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, par une personne qui ne réside pas ordinairement avec la personne assurée et qui n'est pas parente avec elle.

Les frais admissibles sont limités à 300 \$ par jour et le remboursement maximal est de 10 000 \$ par année civile, par personne assurée.

- d) Sans prescription médicale, les frais d'achat ou de remplacement, selon le cas, d'un **membre artificiel** ainsi que l'achat d'**autres prothèses externes**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 5 000 \$ pour un même membre ou une même prothèse par période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.

Les prothèses dentaires, les appareils auditifs ou les prothèses auditives, les lunettes et les lentilles cornéennes sont exclus à moins d'être spécifiquement couverts sous une autre garantie en vertu du présent contrat.

- e) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** initiale devenue nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ viager, par personne assurée.

- f) Les frais d'achat, de location ou de remplacement de **bandages herniaires, pansements, bandages spéciaux** dans le cas de brûlures graves, **corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils**.
- g) Les frais d'achat d'**orthèses plantaires** faites sur mesure. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied. Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales.
- h) Les frais d'achat de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes les chaussures ouvertes, évasées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

La présente garantie ne couvre pas les chaussures correctrices ou profondes, ni aucune forme de sandale.

- i) Les frais d'achat de **bas à compression moyenne ou forte** (20mm de Hg ou plus), dans les cas d'insuffisance du système veineux ou du système lymphatique, jusqu'à concurrence de trois paires par année civile, par personne assurée.
- j) Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un **fauteuil roulant non motorisé** ou d'un **lit d'hôpital**. Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent tous deux être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.
- k) Les frais pour **radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes et échographies** effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de prévention ou de diagnostic.

- l) Sans prescription médicale, les honoraires d'un **dentiste** à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines et naturelles. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, La Capitale rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher. Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais couverts sont limités aux montants prévus au guide des tarifs des actes buccodentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q.) pour l'année au cours de laquelle les soins sont rendus. Tout acte, traitement ou prothèse, de quelque nature que ce soit, relié à un implant est exclu.
- m) Sans prescription médicale, les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un **appareil auditif**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 100 \$ par période de 48 mois consécutifs, par personne assurée.
- n) Les frais d'achat, de remplacement ou de réparation d'un appareil mesurant le taux de glucose sanguin (**glucomètre**), jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée.
- o) Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**. Cette garantie couvre également les frais de remplacement ou de réparation. Ces frais sont couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 15 000 \$ viager, par personne assurée.

Dans cette catégorie d'appareils, nous pouvons citer (à titre d'exemple) :

- i) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur);
- ii) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux);
- iii) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- iv) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- v) les vêtements pour le traitement des brûlures;
- vi) l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, sphygmomanomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que le bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature.

S'il est prévu que le coût total des frais à encourir dépasse 2 000 \$, une autorisation de La Capitale doit être obtenue avant d'engager les frais.

- p) Les frais d'achat d'une **pompe à insuline destinée au contrôle du diabète**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 6 000 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée. Les frais d'**entretien** (tubulures et cathéters) sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 2 400 \$ par année civile, par personne assurée.
- q) Les frais d'achat, location, remplacement ou réparation d'un **neurostimulateur transcutané**, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée.
- r) Les frais de **chirurgie esthétique** à la suite d'un accident, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par accident, par personne assurée. Les frais doivent être engagés dans les 36 mois suivant l'accident et les traitements doivent débuter dans les 12 mois suivant la date de l'accident.
- s) Les frais engagés pour un **séjour en clinique privée**, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, du jeu compulsif ou autres toxicomanies et reconnue comme telle, excluant toutefois le tabagisme, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 100 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- t) **Protection Multiservices** - soins et services à domicile

Définitions : Dans la présente garantie, on entend par :

- i) activité quotidienne de base : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- ii) fournisseur de service d'aide à domicile : une personne travaillant, moyennant rémunération, pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, une travailleuse ou un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'une travailleuse ou un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

Portée

La Capitale paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par la personne assurée pour des soins prescrits par la ou le médecin traitant encourus au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un jour et pendant laquelle elle est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base.

Les frais couverts sont les suivants :

i) soins infirmiers : les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers rendus au domicile de la personne adhérente. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être un proche parent de la personne adhérente ou de la personne conjointe. Les soins infirmiers sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par jour et comprennent entre autres :

- l'enseignement après une intervention chirurgicale;
- la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
- le changement de pansements et le soin des plaies;
- l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
- l'exérèse de sutures et agrafes;
- les prélèvements (sang et autres);

ii) services d'aide à domicile : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à accomplir ses activités quotidiennes de base. Les services doivent être dispensés au domicile de la personne assurée et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider habituellement à la maison de la personne adhérente ni être un proche parent de la personne adhérente ou de la personne conjointe. Les services sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par jour et comprennent entre autres :

- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
- ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive, etc.);
- entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
- préparation des repas;
- accompagnement à des rendez-vous médicaux;

- iii) frais de transport : les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutif à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par déplacement et d'un maximum de trois déplacements (aller et retour) par semaine.

Limitation

Seuls les frais engagés pour des soins reçus dans les 45 jours suivant immédiatement l'hospitalisation ou la chirurgie dite d'un jour sont couverts en vertu de la présente clause. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour dure quatre jours ou plus.

Pour obtenir les services décrits précédemment, nous vous recommandons de communiquer avec notre service à la clientèle dont les numéros sont indiqués à la fin de la brochure. De plus, à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, nous offrons un service téléphonique de renseignements concernant les différents intervenants disponibles dans la région où réside la personne assurée (CLSC, pharmacie, laboratoire, centre hospitalier, etc.).

- u) Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour dans une **maison de convalescence** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux offrant sur place les soins d'une infirmière ou d'un infirmier licencié ou d'une ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24. Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie dite d'un jour et prescrit et justifié par une ou un médecin. Seuls les frais engagés dans les 30 jours suivant immédiatement une hospitalisation ou une chirurgie dite d'un jour sont couverts, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 125 \$ par jour et d'un maximum de 30 jours par hospitalisation, par personne assurée.
- v) Les frais de l'acte médical et de la substance injectée pour des **vaccins préventifs** ou de **produits immunisants** à la personne assurée à des fins préventives, lui conférant l'immunité contre une maladie microbienne ou virale, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 200 \$ par année civile, par personne assurée.

Professionnelles et professionnels de la santé

Toutes les professionnelles et tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par La Capitale.

- a) Sans prescription médicale, les honoraires d'**ergothérapeutes**, d'**orthophonistes** et d'**audiologistes**.
- b) Sans prescription médicale, les honoraires de **physiothérapeutes** et de **thérapeutes en réadaptation physique** sous supervision d'une ou d'un physiothérapeute ou d'une ou d'un physiatre, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 55 \$ par traitement, ainsi que les honoraires d'**ostéopathes**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 65 \$ par traitement et d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels, incluant les frais d'un **rapport d'évaluation** préparé par une ou un physiothérapeute ou une ou un thérapeute en réadaptation physique. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de La Capitale que l'état de santé de cette personne nécessite plus d'un traitement au cours d'une même journée.
- c) Sans prescription médicale, les honoraires d'**acupunctrices ou acupuncteurs**, de **naturopathes** et d'**homéopathes**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 50 \$ par traitement et d'un remboursement maximal de 700 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation. En ce qui concerne les consultations auprès d'une ou d'un naturopathe, les frais couverts sont ceux reliés à un bilan de santé, aux conseils alimentaires ou à la prise de produits naturels. Les produits dits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou toute autre consultation non reconnue par La Capitale ne sont pas couverts.
- d) Sans prescription médicale, les honoraires de **podiatres**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 60 \$ par traitement et d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.
- e) Sans prescription médicale, les honoraires de **diététistes**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 50 \$ par traitement et d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation.

- f) Sans prescription médicale, les honoraires de **chiropraticiennes ou chiropraticiens**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 40 \$ par traitement, par personne assurée. Les radiographies sont sujettes à un montant admissible de 40 \$ par radiographie, par personne assurée. Le remboursement maximal est de 500 \$ par année civile, par personne assurée, incluant les radiographies. Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation. L'examen initial rendu par la chiropraticienne ou le chiropraticien est admissible au même titre qu'un traitement, même si effectué la même journée.
- g) Sans prescription médicale, les frais de consultation pour les services rendus par une ou un **psychiatre, psychanalyste, psychologue ou travailleuse sociale ou travailleur social**, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 70 \$ par consultation. La présente garantie couvre un seul traitement par jour pour la même personne assurée.

À la demande d'une ou d'un médecin et dans la mesure où le rapport s'avère nécessaire au traitement d'une maladie, d'une blessure ou requis lors ou à la suite d'une grossesse, les frais d'un rapport d'évaluation préparé par une ou un psychiatre, une ou un psychanalyste, une ou un psychologue ou une travailleuse sociale ou un travailleur social.

Les frais décrits au présent alinéa sont sujets globalement à un remboursement maximal de 1 200 \$ par année civile, par personne assurée.

6. Exclusions et réduction de la garantie

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par La Capitale pour les frais subis lors des événements suivants :

- a) les frais payables en vertu d'une loi sociale, d'un régime d'assurance sociale ou de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif;
- b) pour l'appréciation de la vue, sauf si requis à la suite d'un accident;
- c) si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus, y compris les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation ou n'aurait pas eu à payer si elle n'avait pas été assurée;
- d) pour chirurgie esthétique, sauf en cas d'accident;
- e) pour examen médical périodique, pour fins d'emploi ou d'assurance;
- f) si la personne assurée fait partie des forces actives des armées de terre, de mer ou de l'air;

- g) à la suite de toute guerre déclarée ou non, de la participation active à une insurrection ou à une émeute;

Régime d'assurance maladie

- h) à la suite de la participation active à un crime;
- i) services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées ou qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- j) les frais en rapport avec des blessures que l'on s'est infligées;
- k) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- l) pour les services ou produits servant au traitement de l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle;
- m) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée, qu'elle n'est pas tenue de payer ou qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévaluée des dispositions de tout régime d'assurance ou de sécurité sociale ou de programme gouvernemental auquel elle est admissible, y compris les frais qui auraient été payés si le fournisseur des soins, services ou fournitures avait choisi de participer au régime ou au programme concerné;
- n) pour les services ou fournitures relatifs à un voyage de santé, sauf ceux définis au point « Traitements spéciaux non offerts dans la province de résidence »;

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert sous le Régime général d'assurance médicaments.

RÉGIME D'ASSURANCE VIE (OPTIONNEL)

1. Participation

Le montant d'assurance vie détenu par une personne à la date de la retraite est prolongé pour une période de 60 jours, sans toutefois excéder le montant maximal qui lui est offert, selon son âge, dans le présent régime. Cette prolongation de protection vaut également pour le régime d'assurance vie de la personne conjointe ou des enfants à charge, sans toutefois excéder le montant maximal qui lui est offert dans le présent régime, selon l'âge de la personne retraitée.

Nonobstant ce qui est mentionné au paragraphe précédent, une protection d'assurance vie de la personne adhérente égale au moindre entre le montant détenu à la date de sa retraite et 100 % du traitement de la personne adhérente au moment de sa retraite est accordé automatiquement sans paiement de primes à la personne retraitée pour une période de 60 jours suivant la date de sa retraite.

Durant cette période de 60 jours, la personne retraitée peut faire connaître à La Capitale le montant de protection qu'elle désire conserver pour elle-même et, s'il y a lieu, pour sa personne conjointe ou ses enfants à charge, en retournant à La Capitale une demande d'adhésion. La protection et les primes afférentes prennent alors effet rétroactivement à la date de la retraite.

IMPORTANT : Les montants d'assurance vie choisis au moment de la retraite ne peuvent être augmentés. Ils ne peuvent qu'être diminués.

2. Assurance vie de la personne adhérente

La protection d'assurance sur la vie de la personne adhérente est accessible à la personne qui, immédiatement avant sa retraite, détenait une protection d'assurance vie de la personne adhérente en vertu du contrat des Professionnelles et professionnels non syndiqués du gouvernement du Québec et des organismes affiliés.

Les montants de protection sont disponibles par **tranches de 25 % du traitement annuel** reçu immédiatement avant la retraite, jusqu'à concurrence d'un pourcentage maximal qui varie selon l'âge de la personne adhérente. Le tableau suivant décrit les montants de protection disponibles.

Âge de la personne adhérente	Montants de protection disponibles en pourcentage du traitement annuel reçu immédiatement avant la retraite
Moins de 60 ans	25 % à 200 %
60 à 64 ans	25 % à 150 %
65 à 69 ans	25 % à 100 %
70 à 74 ans	25 %, 50 % ou 75 %
75 ans ou plus	25 % ou 50 %

Le montant de protection choisi ne peut, en aucun cas, excéder le montant de protection d'assurance vie détenu immédiatement avant la retraite.

À compter du premier jour du mois coïncidant avec ou suivant ses 60^e, 65^e, 70^e et 75^e anniversaires de naissance, le montant de protection de la personne adhérente ne peut dépasser respectivement 150 %, 100 %, 75 % et 50 % du traitement annuel reçu immédiatement avant la retraite.

3. Assurance vie des personnes à charge

a) Assurance vie de base des personnes à charge

La participation à cette garantie nécessite la participation à la garantie d'assurance vie de la personne adhérente décrite au point 2. La personne adhérente doit détenir, immédiatement avant sa retraite, une protection d'assurance vie pour sa personne conjointe ou ses enfants à charge.

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée est égal à 6 000 \$ s'il s'agit de la personne conjointe et 6 000 \$ pour un enfant à charge, à compter de l'âge de 24 heures.

b) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

La participation à cette garantie nécessite la participation à la garantie d'assurance vie de la personne adhérente ainsi qu'à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge décrites aux points 2 et 3. a).

En plus du montant d'assurance vie de base de 6 000 \$, la personne adhérente peut également opter pour une protection additionnelle sur la vie de sa personne conjointe, à la condition qu'elle détienne déjà la protection de base sur la vie de sa personne conjointe. Selon le choix de la personne retraitée âgée de moins de 65 ans, cette somme peut varier de 1 à 2 tranches de 10 000 \$ (10 000 \$ à 20 000 \$). Cette somme supplémentaire est toutefois fixée à 10 000 \$ pour la personne retraitée âgée de 65 ans ou plus.

CHOIX	MONTANTS DE PROTECTIONS (assurance vie de base et additionnelle de la personne conjointe et des enfants à charge)	
	Sur la vie de la personne conjointe	Sur la vie de chaque enfant à charge
Personne adhérente de moins de 65 ans	16 000 \$ 26 000 \$	6 000 \$ 6 000 \$
Personne adhérente de 65 ans ou plus	16 000 \$	6 000 \$

Le montant de protection choisi ne peut, en aucun cas, excéder le montant de protection détenu immédiatement avant la retraite en assurance vie de la personne conjointe ou des enfants à charge.

La personne adhérente de moins de 65 ans qui opte pour le 2^e choix (26 000 \$) voit le montant de protection sur la vie de la personne conjointe réduit à 16 000 \$ à compter du premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit son 65^e anniversaire de naissance.

4. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une personne adhérente dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à La Capitale, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés est limitée à 50 % du montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne adhérente, sans excéder 50 000 \$. Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de la personne adhérente, le montant payable par La Capitale est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, augmenté d'intérêt au taux annuel de 6 %. La Capitale n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus cessent à la terminaison du contrat, même pour les personnes adhérentes exonérées du paiement des primes.

Ce droit au paiement anticipé est également accessible à la personne conjointe aux mêmes conditions que celles citées précédemment.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Tous les formulaires sont disponibles auprès de La Capitale ou sur le site Internet de La Capitale à l'adresse : www.lacapitale.com.

Assurance maladie

Médicaments – Service de paiement automatisé différé

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte de services à la pharmacienne ou au pharmacien. La demande de prestations est transmise automatiquement à La Capitale. Cependant, la personne assurée doit acquitter entièrement le coût des médicaments qu'elle achète. La Capitale effectuera le paiement à la personne assurée à la première des éventualités suivantes : l'accumulation de 75 \$ de frais réclamés ou après un délai de 14 jours.

Si vous ne pouvez utiliser votre carte de services (pharmacie n'ayant pas le système nécessaire, carte perdue, etc.), vous devrez effectuer votre demande de remboursement en utilisant la partie « Demande de remboursement » attachée au bas de votre attestation d'assurance ou à votre relevé de compte accompagnant votre dernier paiement de prestations. Si vous ne l'avez pas en votre possession, veuillez indiquer votre nom et votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à La Capitale.

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom de la patiente ou du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom de la ou du médecin, le nom et la quantité des médicaments. Les médicaments fournis par la ou le médecin là où cette pratique est permise par la loi sont également payables sur présentation des comptes indiquant le nom et la quantité des médicaments.

Vous devez envoyer l'original de vos reçus. **Nous vous suggérons de les envoyer tous les trois mois.** Ceux-ci ne vous sont pas retournés. Veuillez donc en conserver des copies. **Toutes les demandes de prestations présentées plus de 12 mois à compter de la date à laquelle les frais ont été engagés ne seront pas remboursées.**

Autres frais

La personne assurée doit faire parvenir à La Capitale le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. La personne assurée doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la personne assurée présente sa carte de services au centre hospitalier, lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à La Capitale. Toute demande de prestations doit être présentée à La Capitale dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Dépôt direct des prestations maladie

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Il suffit de remplir le formulaire d'adhésion au dépôt direct disponible sur le site Internet de La Capitale et de le retourner à celle-ci. Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de la personne assurée. La Capitale transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec La Capitale qui lui dirigera les formulaires requis.

Coordination des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat d'assurance individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu des différents régimes d'assurance maladie sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat.

ASSURANCE VOYAGE

La Capitale paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par la personne assurée à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenu alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et nécessitant des soins d'urgence, dans la mesure où les frais engagés sont usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 000 \$ viager.

IMPORTANT

Si une personne est porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ, que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

En d'autres termes, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection :

- s'est aggravée;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- 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,

il est recommandé de communiquer avec La Capitale quelques semaines avant votre départ. Vous obtiendrez ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans votre situation.

Pour nous joindre :
418 644-4200 ou 1 800 463-4856

1- Frais couverts

- a) les frais d'hospitalisation dans un centre hospitalier destiné à fournir des traitements actifs où la patiente ou le patient reçoit effectivement un traitement curatif; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime;
- b) les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime;
- c) le transport en ambulance, en direction du centre hospitalier le plus proche du lieu de l'événement, par une ambulancière ou un ambulancier licencié;
- d) les médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale;
- e) les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier diplômé pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par la ou le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmière ou l'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être une compagne ou un compagnon de voyage;
- f) les honoraires d'une chiropraticienne ou d'un chiropraticien, podiatre et physiothérapeute;
- g) la location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire;
- h) les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies;
- i) l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques;

- j) les honoraires professionnels de dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
- k) les frais de rapatriement de la patiente ou du patient en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles; les frais de transport ou de rapatriement doivent être autorisés au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de La Capitale, compte tenu de l'état de la personne malade;
- l) le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien et autorisée au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage; l'escorte médicale ne doit pas être une parente ou un parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage;
- m) le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical de la ou du médecin traitant mentionnant l'incapacité de la personne assurée à utiliser son véhicule;
- n) en cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre dans sa province de résidence jusqu'à concurrence de 5 000 \$; ces frais doivent être autorisés au préalable par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage;
- o) les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que la personne assurée doit engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de la personne assurée elle-même, d'un proche parent qui l'accompagne ou d'une compagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 2 500 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie;

- p) les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, selon le moyen le plus économique, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un seul proche parent se rendant à l'hôpital où séjourne la personne assurée depuis au moins sept jours ou pour identifier la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille; la notion de proche parent inclut aussi une amie ou un ami advenant le fait où la personne assurée n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé précédemment.

Ces frais doivent être convenus au préalable avec La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage et la personne assurée doit présenter un document rédigé par la ou le médecin traitant ou par les autorités locales qui attestent de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées aux maximums suivants :

- pour le transport : 2 500 \$;
- pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour, pour un maximum de 1 600 \$;

- q) les services d'assistance voyage suivants :

- i) diriger la personne assurée vers une clinique ou un centre hospitalier approprié;
- ii) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter, si possible, à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire;
- iii) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- iv) coordonner le retour et le transport de la patiente ou du patient aussitôt que médicalement possible;
- v) apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements et lorsque nécessaire, effectuer une avance de fonds;
- vi) si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'un proche parent au chevet de la patiente ou du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée;
- vii) si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour de la personne conjointe ou des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- viii) si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;

- ix) si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée;
- x) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- xi) recommander une avocate ou un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocate ou d'avocat non compris);

Ni La Capitale, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage sans préavis.

2- Admissibilité aux prestations des régimes gouvernementaux

Pour être couverte par la présente garantie, la personne assurée doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

3- Limitations

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite, une personne assurée doit être hospitalisée, elle doit contacter aussitôt que possible La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage. À défaut de communiquer avec ces dernières, les indemnités demandées pourront être refusées ou substantiellement réduites.

La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage se réserve le droit de rapatrier toute personne assurée dans sa province de résidence lorsque son état de santé le permet. Tout refus de rapatriement libère La Capitale de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après un diagnostic ou un traitement d'urgence de cette condition, la personne assurée aurait pu retourner dans sa province de résidence, mais qu'elle a choisi d'obtenir les services, traitements ou chirurgie à l'extérieur de sa province de résidence, La Capitale n'assume pas le coût desdits services, traitements ou chirurgie ou autres frais.

4- Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'une ou d'un médecin ou non;
- d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas assurés en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception de frais immédiatement nécessaires à la suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- f) les frais hospitaliers engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier public, ou pour des patientes ou des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection ou la perpétration ou la tentative de perpétration par la personne assurée d'un acte criminel;
- b) une blessure que la personne assurée s'est infligée, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non;
- c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;

- d) la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse;
- e) la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;
- f) la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais.

5- Demande de prestations

Il est entendu et convenu qu'aucuns frais hospitaliers ou médicaux ne sont remboursés en vertu de la présente garantie avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

6- Coordination des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu de la présente police sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie; la présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage pour autant que ces frais aient trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Le remboursement maximal par personne assurée est de 5 000 \$ par voyage.

1- Définitions

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

Associée ou associé en affaires

La personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie de quatre coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de quatre associées ou associés ou moins.

Compagne ou compagnon de voyage

La personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Frais de voyage payés d'avance

Toute somme déboursée par la personne assurée pour elle-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par la personne assurée relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par la personne assurée relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

Hôte à destination

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à la personne assurée selon une entente prévue à l'avance.

Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins deux nuitées consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme voyage une croisière d'une durée prévue d'au moins deux nuitées consécutives sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

2- Causes d'annulation

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- a) une maladie ou un accident qui empêche la personne assurée, sa compagne ou son compagnon de voyage, une ou un associé en affaires ou un proche parent de la personne assurée, de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- b) le décès de la personne adhérente, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, de la compagne ou du compagnon de voyage, d'une ou un associé en affaires;
- c) le décès d'un autre proche parent de la personne assurée ou d'un proche parent de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée si les funérailles ont lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- d) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- e) la convocation de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou l'assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir une remise de la cause. Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage si la personne assurée a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;
- f) la mise en quarantaine de la personne assurée, sauf si cette quarantaine se termine plus de sept jours avant la date prévue de départ;
- g) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;

- h) un sinistre rendant la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination inhabitable, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) le terrorisme, une guerre déclarée ou non, ou une épidémie dans le pays où se rend la personne assurée, dans la mesure où le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens, alors que les arrangements relatifs au voyage ont été convenus;
- k) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, dans la mesure où l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au point de départ au moins trois heures avant le départ (deux heures si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres). La cause du retard doit être soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de circulation ou soit une fermeture de route (les deux dernières causes devant être appuyées par un rapport de police);
- l) les conditions atmosphériques qui sont telles :
 - i) que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit retardé d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage ou
 - ii) que la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;
- n) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est la tutrice légale ou le tuteur légal;

- o) nonobstant l'alinéa **e) 5** des exclusions, le suicide ou la tentative de suicide d'un proche parent de la personne assurée, d'un proche parent de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée;
- p) le décès d'une personne dont la personne assurée est la liquidatrice ou le liquidateur testamentaire;
- q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois jours d'hébergement;
- r) la perte involontaire d'emploi permanent de la personne assurée ou de sa personne conjointe, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

3- Frais couverts

Les frais couverts sont les suivants :

- a) en cas d'annulation avant le départ :
 - i) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - ii) les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section « causes d'annulation » et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler;
 - iii) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) si un départ est manqué (au début ou au cours du voyage); le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe (ligne aérienne, autobus, train) en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue;

c) si le retour est anticipé ou retardé :

- i) le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ, par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ; ces frais doivent être, au préalable, convenus avec La Capitale.

Restriction

Si le retour de la personne assurée est retardé de plus de sept jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patiente ou patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de sept jours;

Dans le cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont couverts pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu;

- ii) la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

d) transport aller-retour :

Les frais de transport par le moyen le plus économique après avoir obtenu l'approbation par La Capitale ou la compagnie d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner celle-ci à l'endroit où elle est en voyage pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- i) le décès ou l'hospitalisation d'un proche parent de la personne assurée, d'une personne dont elle est la tutrice légale ou le tuteur légal ou d'une personne dont elle est la liquidatrice ou le liquidateur testamentaire;

ii) si un sinistre a rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

4- Frais maximums admissibles

Les frais couverts ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à 5 000 \$ par personne assurée, par voyage.

5- Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) si le voyage est entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- b) si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé;
- c) la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais;
- d) la participation active de la personne assurée à une émeute ou une insurrection, la participation ou la perpétration ou la tentative de perpétration de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage d'un acte criminel;
- e) une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non;
- f) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;

- g) la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse;
- h) la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

6- Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et La Capitale doit en être avisée au même moment. La responsabilité de La Capitale est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

7- Coordination

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie; la présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

8- Demande de prestations

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- les titres de transport inutilisés;
- les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à La Capitale;

- les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route;
- le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- la preuve écrite émise par l'organisatrice ou l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement;
- tout autre rapport exigé par La Capitale et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

➤ **Quand pouvez-vous nous joindre?**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

➤ **Vous changez d'adresse?**

Veillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

➤ **Vous avez des enfants à charge de 18 ans ou plus?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations.

➤ **Vous désirez un formulaire de demande de prestations?**

Visitez notre site Internet www.lacapitale.com et téléchargez la plupart de nos formulaires. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire en communiquant avec nous aux numéros mentionnés précédemment.

➤ **Pour faciliter le traitement de votre demande**

Veillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

➤ **Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé?**

Pour les professionnelles ou professionnels tels physiothérapeutes, psychologues ou autres, si vous utilisez notre formulaire de demande de prestations, l'estampe ou le sceau de la professionnelle ou du professionnel doit y être apposé. De même, sa signature, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnelles ou des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

➤ **Des questions au sujet de votre chèque de remboursement?**

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise à défrayer. De plus, le contrat prévoit un pourcentage de coassurance ainsi que des maximums de remboursement. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés peuvent être périmés après six mois. Dans un tel cas, nous vous invitons à communiquer avec La Capitale.

➤ **Vous partez en voyage?**

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence. En d'autres termes, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection :

- s'est aggravée;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- 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,

il est recommandé de communiquer avec le Service des prestations de La Capitale assurances et gestion du patrimoine, quelques semaines avant votre départ, aux numéros mentionnés ci-dessous, afin d'obtenir des précisions ou la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas, selon votre état de santé.

Pour nous joindre :

418 644-4200 ou 1 800 463-4856

TABLEAU DES PRIMES MENSUELLES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2010

PERSONNE RETRAITÉE				
Régime	Individuelle	Monoparentale	Familiale	
ASSURANCE MALADIE				
Personne adhérente âgée de moins de 65 ans	176,21 \$	248,12 \$	396,45 \$	
Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus inscrite à la RAMQ	28,86 \$	40,49 \$	64,01 \$	
Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus non inscrite à la RAMQ	391,63 \$	442,44 \$	810,70 \$	
ASSURANCE VIE (par 1 000 \$ de protection)				
	50 à 54 ans	0,24 \$		
	55 à 59 ans	0,37 \$		
	60 à 64 ans	0,66 \$		
	65 à 69 ans	1,16 \$		
	70 à 74 ans	2,11 \$		
	75 ans ou plus	3,62 \$		
ASSURANCE VIE DE BASE ET ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE				
Âge de la personne adhérente	Coût fixe pour :		Coût fixe pour :	
	Personne conjointe :	6 000 \$	Personne conjointe :	16 000 \$
	Enfant à charge :	6 000 \$	Enfant à charge :	6 000 \$
	Personne conjointe :	26 000 \$	Enfant à charge :	6 000 \$
50 à 54 ans	5,06 \$	6,94 \$	8,82 \$	
55 à 59 ans	5,06 \$	7,96 \$	10,86 \$	
60 à 64 ans	5,06 \$	10,33 \$	15,60 \$	
65 à 69 ans	5,06 \$	14,36 \$	(1)	
70 à 74 ans	5,06 \$	21,94 \$	(1)	
75 ans ou plus	5,06 \$	34,19 \$	(1)	

⁽¹⁾ Non accessible à la personne adhérente de 65 ans ou plus.

Notes : La taxe de vente provinciale de 9 % doit être ajoutée à ces taux de primes.

La modification de tarification attribuable à un changement de catégorie d'âge prend effet le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit l'anniversaire de la personne adhérente.

POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Québec

625, rue Saint-Amable
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal

Bureau 820
425, boulevard de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

**Si vous désirez rencontrer l'agent responsable de votre dossier,
veuillez prendre rendez-vous pendant les heures d'ouverture,
soit du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 17 h, avant de vous présenter à nos bureaux.**

ASSURANCE VOYAGE

Voici les numéros pour joindre la firme d'assistance voyage CanAssistance :

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050
Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec La Capitale, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

