



Votre régime

En un coup d'oeil



**FSSS (CSN)
secteur privé
1^{er} janvier 2021**

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

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE FSSS (CSN) SECTEUR PRIVÉ

Ce dépliant présente les modifications apportées au régime d'assurance collective et la tarification applicable à compter du **1^{er} janvier 2021**

RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (participation obligatoire)

La participation à l'un des trois régimes d'assurance santé (Santé I, II ou III) est obligatoire, à moins de bénéficier du privilège d'exemption. Pour se prévaloir de son droit d'exemption, la personne adhérente doit faire la preuve qu'elle et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant une garantie de médicaments similaire. SSQ Assurance recommande à sa clientèle de se conformer aux avertissements du gouvernement du Canada en matière de voyage. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter notre FAQ sur le site ssq.ca/fr/coronavirus/voyage.

Niveaux de protection et statuts de protection

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

Durée de la participation

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

Précisions sur le remboursement des médicaments

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

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

Remboursement des frais admissibles

Garanties	Santé I	Santé II	Santé III
Médicaments			
* Médicaments et services pharmaceutiques admissibles	80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursé de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile		
Soins d'urgence			
Ambulance	80 %		
Assurance voyage avec assistance	100 %, maximum de 5 000 000 \$ de remboursement / voyage		
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum de 5 000 \$ de remboursement / voyage		

Frais médicaux divers

* Cannabis à des fins médicales (sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ)	80 %, maximum de 2 000 \$ de remboursement / année civile		
* Accessoires pour pompe à insuline	Non couvert	80 %, illimité	
* Appareil auditif		80 %, maximum de 480 \$ de remboursement / 48 mois	
* Appareils orthopédiques		80 %	
* Appareils thérapeutiques et appareils d'assistance respiratoire		80 %, maximum de 10 000 \$ de remboursement à vie	
* Bas de contention		80 %, maximum de 3 paires / année civile	
* Chaussures orthopédiques		80 %	
* Chaussures profondes		80 %, maximum de 150 \$ / année civile	
* Chirurgie dentaire en cas d'accident		80 %	
* Fauteuil roulant, soutien-gorge postopératoire		80 %	
* Glucomètre		80 %, maximum de 240 \$ de remboursement / 36 mois	
* Injections sclérosantes		80 %, maximum de 25 \$ de remboursement / traitement pour la substance injectée	
* Lentilles intraoculaires		80 %	
* Lit d'hôpital à usage domestique		80 %, location ou achat si plus économique	
* Membres artificiels et prothèses externes		80 %	
* Neurostimulateur transcutané (TENS)		80 %, maximum de 560 \$ de remboursement / 60 mois	
* Pompe à insuline		80 %, maximum de 6 400 \$ de remboursement / 60 mois	
* Prothèse capillaire		80 %, maximum de 300 \$ de remboursement à vie	
* Prothèse mammaire et articles pour stomie	80 %		
* Transport et hébergement	80 %, maximum de 48 \$ de remboursement / jour et de 1 000 \$ / année civile		

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

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

Professionnels de la santé

Acupuncture	Non couvert	80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement	
Kinésithérapie, orthothérapie et massothérapie		80 %, maximum de 25 \$ de remboursement / traitement et 200 \$ / année civile	
Podiatrie		80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement	
Psychologie, psychanalyse, psychiatrie, psychoéducation, travail social, service d'un conseiller en orientation et psychothérapie		50 %, maximum de 1 000 \$ de remboursement / année civile	
Audiologie, ergothérapie et orthophonie		80 %	
Chiropractie et ostéopathie		80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement et 400 \$ / année civile, y compris les radiographies par un chiropraticien à 32 \$ de remboursement / radiographie	
Physiothérapie et thérapie de réadaptation physique		80 %, maximum de 30 \$ de remboursement / traitement	

Soins de la vue

Lunettes, lentilles cornéennes ou correction visuelle au laser	Non couvert	Non couvert	<p>Adulte et enfant de 13 ans et plus : 80 %, maximum de 320 \$ de remboursement / 36 mois, y compris les examens de la vue, maximum de 40 \$ de remboursement / 36 mois</p> <p>Enfant de moins de 13 ans : 80 %, maximum de 160 \$ de remboursement / 12 mois, y compris les examens de la vue, maximum de 40 \$ de remboursement / 12 mois</p>
--	-------------	-------------	--

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 (par période de 14 jours)⁽¹⁾

Statuts et scénarios de protection	INDIVIDUEL			MONOPARENTAL						FAMILIAL					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Adhérent	Santé I	Santé II	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge	–	–	–	Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III	–	–	–	–	–	–
Personne conjointe et enfants à charge	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III
Prime totale	57,93 \$	62,70 \$	67,77 \$	69,54 \$	74,31 \$	77,86 \$	79,38 \$	82,93 \$	84,13 \$	127,51 \$	132,28 \$	139,82 \$	137,35 \$	144,89 \$	150,49 \$

⁽¹⁾ Avant la taxe de vente provinciale de 9 %. Les taux de primes du régime d'assurance collective comprennent la contribution de l'employeur, s'il y a lieu.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES (participation facultative)

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

Une personne adhérente nouvellement admissible au régime d'assurance santé sera automatiquement inscrite au régime de soins dentaires et un statut de protection individuel lui sera accordé, à moins d'indication contraire.

Durée de la participation

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

Remboursement des frais admissibles

Soins dentaires de base (Diagnostic, prévention et appareils de maintien, restauration mineure, parodontie, chirurgie buccale, anesthésie locale)	80 % ⁽³⁾ Un examen de rappel ou périodique par période de 9 mois et un examen complet par période de 36 mois
Soins dentaires de restauration (Restauration majeure, endodontie, prothèses fixes ou amovibles)	60 %, maximum de 1 000 \$ de remboursement / année civile

⁽³⁾ Les frais admissibles de laboratoire sont limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné.

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 (par période de 14 jours)⁽⁴⁾

Statuts de protection	INDIVIDUEL	MONOPARENTAL	FAMILIAL
Prime totale	16,60 \$	27,33 \$	41,33 \$

⁽⁴⁾ Avant la taxe de vente provinciale de 9 %.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (participation obligatoire)

Différents choix et paramètres sont offerts selon les besoins de votre groupe. Veuillez vous référer à votre syndicat local ou à votre employeur pour connaître le contenu de cette garantie (délai de carence, montant de la prestation, tarification applicable à votre groupe).

RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE

(participation facultative)

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

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 (par période de 14 jours)⁽²⁾

Assurance vie et DMA de base	0,310 % du salaire assurable
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	0,57 \$

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

Âge de la personne adhérente ⁽⁴⁾	Coût par 1 000 \$ d'assurance ⁽³⁾			
	Femme		Homme	
	Non-Fumeuse	Fumeuse	Non-fumeur	Fumeur
Moins de 30 ans	0,014 \$	0,023 \$	0,025 \$	0,032 \$
30 à 34 ans	0,015 \$	0,025 \$	0,025 \$	0,032 \$
35 à 39 ans	0,021 \$	0,033 \$	0,030 \$	0,041 \$
40 à 44 ans	0,041 \$	0,063 \$	0,055 \$	0,072 \$
45 à 49 ans	0,057 \$	0,085 \$	0,075 \$	0,103 \$
50 à 54 ans	0,092 \$	0,129 \$	0,114 \$	0,159 \$
55 à 59 ans	0,165 \$	0,218 \$	0,195 \$	0,271 \$
60 à 64 ans	0,300 \$	0,364 \$	0,339 \$	0,460 \$

RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE (suite)

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente				
Âge de la personne adhérente ⁽⁴⁾	Coût en % du salaire assurable ⁽³⁾ (Pour 1 fois le salaire assurable)			
	Femme		Homme	
	Non-fumeuse	Fumeuse	Non-Fumeur	Fumeur
Moins de 30 ans	0,036 %	0,060 %	0,065 %	0,083 %
30 à 34 ans	0,039 %	0,065 %	0,065 %	0,083 %
35 à 39 ans	0,055 %	0,086 %	0,078 %	0,107 %
40 à 44 ans	0,107 %	0,164 %	0,143 %	0,187 %
45 à 49 ans	0,148 %	0,221 %	0,195 %	0,268 %
50 à 54 ans	0,239 %	0,335 %	0,296 %	0,413 %
55 à 59 ans	0,429 %	0,567 %	0,507 %	0,705 %
60 à 64 ans	0,780 %	0,946 %	0,881 %	1,196 %

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

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

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

RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Montants et durées de la prestation	
Option II F (participation facultative)	80 % du « salaire assurable à 80 % net » payable annuellement par l'employeur avant le début de l'invalidité jusqu'à 60 ans
Option II O (participation obligatoire si vote favorable)	(61 ans conditionnel aux nouvelles règles de participation au RREGOP depuis le 1 ^{er} juillet 2019)
Option II O+ (participation obligatoire si vote favorable)	100 % du « salaire assurable à 80 % net » payable annuellement par l'employeur avant le début de l'invalidité jusqu'à 65 ans et intégration de 65 % de la rente de retraite payable sans réduction actuarielle

Tableau des primes applicables pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 (par période de 14 jours)⁽¹⁾

Option II F	1,508 % du salaire assurable
Option II O	1,290 % du salaire assurable
Option II O+	1,850 % du salaire assurable

Exemples de salaire assurable et primes correspondantes par période de 14 jours⁽¹⁾⁽²⁾

Salaire annuel assurable	5 000 \$	10 000 \$
Option II F	2,90 \$	5,80 \$
Option II O	2,48 \$	4,96 \$
Option II O+	3,56 \$	7,12 \$

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

⁽²⁾ Pour obtenir la prime approximative de votre salaire, vous divisez votre salaire annuel par la tranche de 5 000 \$ et vous multipliez le résultat par la prime / 14 jours indiquée pour le choix de l'option (II F, II O ou II O+) de votre groupe.

Espace client

2 minutes pour s'inscrire.

48 h pour recevoir un remboursement.

Qui dit mieux?

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



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



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



Consultez vos réclamations facilement.



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

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

« Votre régime En un coup d'oeil » ne contient que les éléments les plus souvent consultés de votre régime d'assurance collective. Pour de plus amples renseignements, consultez la brochure d'assurance, disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés au ssq.ca ou auprès de votre employeur. Veuillez noter que le dépliant de l'année dernière (comprenant des modifications importantes à votre régime) est également disponible au même endroit.

Veuillez noter que ce dépliant est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

Siège social

2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, Succ. Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
1 877 651-8080

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 00 à 20 h 00.