Protection modifiée ASSURANCE VIE (participation facultative)

Assurance vie de base de la personne adhérente[1]	• **Option 1** : 25 000 $ par garantie • **Option 2** : 50 000 $ par garantie
DMA[1] (Décès ou mutilation accidentels)	
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	1 à 20 tranches de 10 000 $
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 $

Tableau des primes applicables pour la période du 1er juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours)

Assurance vie et DMA de base	**Option 1** : 2,98 $	**Option 2** : 5,95 $
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[3]	Coût par 10 000 $ d'assurance[2]			
	Femme		Homme	
	Non-fumeuse	Fumeuse	Non-fumeur	Fumeur
Moins de 30 ans	0,14 $	0,23 $	0,25 $	0,32 $
30 à 34 ans	0,15 $	0,25 $	0,25 $	0,32 $
35 à 39 ans	0,21 $	0,33 $	0,30 $	0,41 $
40 à 44 ans	0,41 $	0,63 $	0,55 $	0,72 $
45 à 49 ans	0,57 $	0,85 $	0,75 $	1,03 $
50 à 54 ans	0,92 $	1,29 $	1,14 $	1,59 $
55 à 59 ans	1,65 $	2,18 $	1,95 $	2,71 $
60 à 64 ans	3,00 $	3,64 $	3,39 $	4,60 $

(1) L'option 1 de l'assurance vie de base et DMA de la personne adhérente ainsi que l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge sont attribuées automatiquement, à moins que la personne adhérente renonce à ces garanties.

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

(3) Les modifications de taux occasionnées par des changements d'âge prennent effet au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit 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.

Protection modifiée ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (participation obligatoire)

Montants et durée de la prestation

- **Option 1** : 300 $ de prestations / semaine
- **Option 2** : 400 $ de prestations / semaine
- **Option 3** : 500 $ de prestations / semaine
- **Option 4** : 600 $ de prestations / semaine

Pour une durée maximale de 52 semaines, sans toutefois dépasser l'âge de 65 ans. Les prestations deviennent payables après un délai de carence de 7 jours consécutifs.

Tableau de prime applicable pour la période du 1er juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours)

- **Option 1** : 33 $
- **Option 2** : 44 $
- **Option 3** : 55 $
- **Option 4** : 66 $

Protection modifiée ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation facultative)

Montants[1] et durée de la prestation

- **Option 1** : 1 300 $ de prestations / mois
- **Option 2** : 1 650 $ de prestations / mois
- **Option 3** : 2 000 $ de prestations / mois
- **Option 4** : 2 350 $ de prestations / mois

Jusqu'à l'âge de **65 ans**

(1) Le choix de l'option d'assurance salaire de longue durée retenu doit être le même que celui de l'assurance salaire de courte durée.

Tableau de prime applicable pour la période du 1er juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours)

- **Option 1** : 33,54 $
- **Option 2** : 42,57 $
- **Option 3** : 51,60 $
- **Option 4** : 60,63 $

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Admissibilité à l'assurance

Toute personne détenant une reconnaissance du ministère de la Famille et des Aînés comme responsable d'un service de garde en milieu familial de 3 enfants subventionnés ou plus est admissible à l'assurance dans la mesure où son accréditation est permanente. Elle devient admissible 3 mois après l'ouverture de son service de garde. Si vous êtes une personne non admissible, vous devez obtenir une justification provenant du bureau coordonnateur de la garde en milieu familial et la transmettre à SSQ pour vous libérer de l'obligation de participer à l'assurance.

Pour toute responsable de service de garde en milieu familial nouvellement admissible à l'assurance après la date de mise en vigueur du régime RSGMF dans une unité d'accréditation FSSS (CSN), la date de prise d'effet de l'assurance est de 3 mois suivant la date de début des opérations du service de garde reconnu par le ministère de la Famille et des Aînés.

Changement de l'option pour les régimes d'assurance salaire

- À la hausse : En tout temps, avec preuves d'assurabilité
- À la baisse : En tout temps, applicable au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la réception de la demande par SSQ.

Paiement des primes

Prélèvement bancaire automatique par période de 14 jours.

Fermeture du service de garde

La personne adhérente qui procède à la fermeture de son service de garde doit informer SSQ dans les 30 jours de la survenance de cet événement. Toute demande reçue par SSQ au-delà de ce délai entraîne une terminaison de son assurance au dernier jour de la période de paie qui coïncide avec la réception de la demande de terminaison, ce qui implique que la personne adhérente n'est pas admissible à un remboursement rétroactif de ses primes.

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

Vous devez ajouter à tous les taux contenus dans ce présent document la taxe de vente provinciale de 9 %.

Siège social

2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, Succ. Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
1 855 636-9535

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.

DV5118F-2-121 (2021-06)

SSQ assurance

L'esprit collectif

Assurance collective

Votre régime
En un coup d'oeil

FSSS (CSN)
RSGMF
1er juillet 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.

FSSS CSN

Responsables de service de garde en milieu familial CSN

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE FSSS (CSN) RSGMF

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

Protection modifiée

ASSURANCE SANTÉ (participation obligatoire)

La participation à l'un des trois niveaux de protection de l'assurance santé (Santé 1, 2 ou 3) est obligatoire, à moins de bénéficier du droit 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 protection de médicaments similaire.

Niveaux de protection et statuts de protection

La personne adhérente doit choisir un niveau de protection (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3) ainsi qu'un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) pour son assurance santé. À compter du **1er juillet 2021**, le niveau de protection choisi par la personne adhérente est également applicable à sa personne conjointe et à ses enfants à charge.

La personne adhérente doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à l'option Santé 2 ou Santé 3 avant de pouvoir abaisser son niveau de protection, 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.**

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.

Remboursement des frais admissibles

Protections	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Médicaments			
* Médicaments et services pharmaceutiques admissibles • Santé 1 : Liste RAMQ • Santé 2 et Santé 3 : Liste régulière	**Franchise applicable :** 5 $ par médicament prescrit 65 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à débourser de 950 $ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile	**Franchise applicable :** 5 $ par médicament prescrit 75 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à débourser de 950 $ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile	**Franchise applicable :** 5 $ par médicament prescrit 80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à débourser de 950 $ et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile
* Injections sclérosantes	65 %, maximum de 25 $ de remboursement / traitement pour la substance injectée	75 %, maximum de 25 $ de remboursement / traitement pour la substance injectée	80 %, maximum de 25 $ de remboursement / traitement pour la substance injectée
Soins d'urgence			
Ambulance	65 %	75 %	80 %
Assurance voyage avec assistance	100 %, maximum de 5 000 000 $ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 000 $ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 000 $ de remboursement / voyage
Assurance annulation de voyage	100 %, maximum de 5 000 $ de remboursement / voyage	100 %, maximum de 5 000 $ de remboursement / 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)	65 %, maximum de 2 000 $ de remboursement / année civile	75 %, maximum de 2 000 $ de remboursement / année civile	80 %, maximum de 2 000 $ de remboursement / année civile
* Stérilet (ceux qui ne sont pas couverts par la protection médicaments)	65 %	75 %	80 %
* Transport et hébergement	65 %, maximum de 48 $ de remboursement / jour et de 1 000 $ / année civile	75 %, maximum de 48 $ de remboursement / jour et de 1 000 $ / année civile	80 %, maximum de 48 $ de remboursement / jour et de 1 000 $ / année civile
* Accessoires pour pompe à insuline	Non couvert	75 %	80 %
Appareil auditif		75 %, maximum de 480 $ de remboursement / 48 mois	80 %, maximum de 480 $ de remboursement / 48 mois
* Appareils orthopédiques		75 %	80 %
* Appareils thérapeutiques et appareils d'assistance respiratoire		75 %, maximum de 10 000 $ de remboursement à vie	80 %, maximum de 10 000 $ de remboursement à vie
* Bas de contention		75 %, maximum de 3 paires / année civile	80 %, maximum de 3 paires / année civile
* Chaussures orthopédiques		75 %	80 %
* Chaussures profondes		75 %, maximum de 150 $ de remboursement / année civile	80 %, maximum de 150 $ de remboursement / année civile
Chirurgie dentaire en cas d'accident		75 %	80 %
* Cure de désintoxication		75 %, maximum de 50 $ de remboursement / jour et de 3 000 $ de remboursement à vie	80 %, maximum de 85 $ de remboursement / jour et de 5 000 $ de remboursement à vie
* Fauteuil roulant		75 %	80 %
* Glucomètre		75 %, maximum de 240 $ de remboursement / 36 mois	80 %, maximum de 240 $ de remboursement / 36 mois
* Lentilles intraoculaires		75 %	80 %
* Lit d'hôpital à usage domestique		75 %, location ou achat si plus économique	80 %, location ou achat si plus économique
* Membres artificiels et prothèses externes		75 %	80 %
* Neurostimulateur transcutané (TENS)		75 %, maximum de 560 $ de remboursement / 60 mois	80 %, maximum de 560 $ de remboursement / 60 mois
* Pompe à insuline		75 %, maximum de 6 400 $ de remboursement / 60 mois	80 %, maximum de 6 400 $ de remboursement / 60 mois
* Prothèse capillaire (chimiothérapie)		75 %, maximum de 300 $ de remboursement à vie	80 %, maximum de 300 $ de remboursement à vie
* Prothèse mammaire et articles pour stomie		75 %	80 %
* Soutien-gorge postopératoire		75 %, maximum de 200 $ de remboursement à vie	80 %, maximum de 200 $ de remboursement à vie

Pour les protections 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 débourser** : 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; stérilet; transport et hébergement.

Professionnels de la santé			
Diététiste et Nutritionniste	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum de remboursement regroupé de 750 $ / année civile De plus, pour la kinésithérapie, massothérapie et orthothérapie : maximum de 65 $ de remboursement / traitement
Kinésithérapie (incluant la kinothérapie), massothérapie et orthothérapie			
Acupuncture		75 %, maximum de remboursement regroupé de 500 $ / année civile	
Chiropractie et ostéopathie			
Physiothérapie et thérapie de réadaptation physique			
Podiatrie			
Audiologie		75 %, maximum de 20 visites / année civile	80 %, maximum de 20 visites / année civile
Ergothérapie		75 %, maximum de 20 visites / année civile	80 %, maximum de 20 visites / année civile
Orthophonie		75 %, maximum de 20 visites / année civile	80 %, maximum de 20 visites / année civile
Psychologie, psychanalyse, psychiatrie, psychoéducation, travail social, service d'un conseiller en orientation et psychothérapie		50 %, maximum de 1 000 $ de remboursement / année civile	50 %, maximum de 1 500 $ de remboursement / année civile
Soins de la vue			
Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	Adultes et enfants de 18 ans et plus : 80 %, maximum de 80 $ de remboursement / 36 mois
Lunettes, lentilles cornéennes ou correction visuelle au laser	Non couvert	Non couvert	Adultes et enfants de 18 ans et plus : 80 %, maximum de 400 $ de remboursement / 36 mois

Tableau des primes applicables pour la période du 1er juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours)

Statuts et niveaux de protection	INDIVIDUEL			MONOPARENTAL			FAMILIAL		
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Prime	47,60 $	62,66 $	72,33 $	57,14 $	77,76 $	89,73 $	104,78 $	139,71 $	160,55 $

SOINS DENTAIRES (participation facultative)

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

Une personne adhérente nouvellement admissible à la garantie d'assurance santé sera automatiquement inscrite à la garantie de soins dentaires et un statut de protection individuel lui sera accordé, à moins que la personne adhérente exerce son droit de retrait.

Durée de la participation

La personne adhérente qui choisit de participer à la garantie de soins dentaires doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente garantie, même lorsque survient un événement prévu au contrat. Toutefois, la personne adhérente peut effectuer un changement de statut de protection lorsque sa demande est faite à la suite d'un événement de vie.

Remboursement des frais admissibles

Soins dentaires de base (Diagnostic, prévention et appareils de maintien, restauration mineure, parodontie, chirurgie buccale, anesthésie locale)	80 %[1] 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

[1] 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 1er juillet 2021 au 31 mars 2022 (par période de 14 jours)

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