

RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE

À L'INTENTION
DES JUGES NOMMÉS
PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
CONTRAT NUMÉRO 82000

1^{ER} JANVIER 2002



Le gouvernement du Québec, en collaboration avec SSQ, a le plaisir de vous présenter ce document, qui décrit l'essentiel des garanties du régime d'assurance collective offert aux juges nommés par le gouvernement du Québec à la Cour du Québec et d'autres juges de certaines cours municipales.

Vous trouverez dans ce document deux (2) parties distinctes.

La première décrit sommairement les régimes autoassurés par le gouvernement du Québec qui font partie de vos avantages sociaux. La deuxième décrit le régime d'assurance collective, souscrit auprès de SSQ, qui complète les régimes autoassurés par le gouvernement du Québec.

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans ce document pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit et à contacter le service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée pour toute question relative à vos assurances.

Ce résumé décrit le régime d'assurance collective offert aux juges visés ci-haut, mis à jour au 1^{er} janvier 2002.

Veillez noter que, dans cette brochure, le nom SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

Dans le présent document, la forme masculine désigne tant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

Page

VOTRE RÉGIME ASSURÉ PAR SSO EN UN COUP D'ŒIL	i
LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC	1
I- LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE	1
A- Garantie	1
B- Demande de prestations au décès	1
II- LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS	2
A- Rente de conjoint	2
B- Rente d'enfants à charge	2
C- Traitement servant au calcul de la rente	3
D- Coordination	3
E- Demande de rente de survivants	3
F- Terminaison de cette garantie	3
III- LE RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (JUGES À LA COUR DU QUÉBEC)	4
A- L'invalidité	4
B- Les garanties du régime	4
C- Intégration des protections	5
D- Terminaison de cette protection	5
LES RÉGIMES ASSURÉS PAR SSO	6
1- LE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	6
1.1 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	6
1.2 FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)	6
1.3 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET PARAMÉDICAUX	7
2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE VIE DE BASE	16
2.1 ASSURANCE VIE DU JUGE	16
2.2 ASSURANCE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT DU JUGE (MMA)	16
2.3 ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE	17
2.4 TRAITEMENT SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS	17
3- LE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	18
3.1 MONTANT DE LA RENTE	18
3.2 DÉLAI DE CARENCE	18
3.3 DURÉE DES PRESTATIONS	18
3.4 COORDINATION DE LA RENTE	18
3.5 DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE	19
3.6 PÉRIODE D'INVALIDITÉ TOTALE (après 104 semaines)	19
3.7 INDEXATION	19
3.8 EMPLOI DE RÉADAPTATION	20
3.9 TERMINAISON DES PRESTATIONS	20
4- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ADDITIONNELLE	21
4.1 FRAIS PARAMÉDICAUX REMBOURSABLES À 80 %	21
5- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE	23
5.1 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU JUGE	23
5.2 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT	23
5.3 TRAITEMENT SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS	24

6-	EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION	25
6.1	...RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ET RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ADDITIONNELLE.....	25
6.2	...RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE VIE DE BASE.....	26
6.3	...RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.....	27
6.4	...RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE.....	27
7-	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS	28
7.1	...ADMISSIBILITÉ.....	28
7.2	...PARTICIPATION À L'ASSURANCE.....	28
7.3	...EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION.....	29
7.4	...STATUT DE PROTECTION INDIVIDUEL, MONOPARENTAL OU FAMILIAL.....	30
7.5	...INSCRIPTION À L'ASSURANCE.....	31
7.6	...ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ.....	32
7.7	...JUGE.....	33
7.8	...ASSURÉS.....	33
7.9	...BÉNÉFICIAIRE.....	34
7.10	...STATUT DE FUMEUR/NON-FUMEUR.....	35
7.11	...TRAITEMENT.....	35
7.12	...POURSUIITE DE L'ASSURANCE SANS PAIEMENT DE PRIME ET EXONÉRATION.....	36
7.13	...ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL.....	36
7.14	...FIN DE L'ASSURANCE.....	38
7.15	...PROLONGATION ET DROIT DE TRANSFORMATION.....	39
7.16	...DISPOSITIONS EN VIGUEUR LORS D'UNE INVALIDITÉ.....	41
7.17	...MONNAIE.....	42
7.18	...RÉGIMES D'ASSURANCE DES JUGES À LA RETRAITE.....	42
8-	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS	44
8.1	...FRAIS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX.....	44
8.2	...FRAIS DE MÉDICAMENTS.....	44
8.3	...AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE.....	46
8.4	...FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE.....	47
8.5	...ASSURANCE VIE ET MMA (MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLE) DU JUGE, DU CONJOINT ET DE LEUR(S) ENFANT(S) À CHARGE.....	47
8.6	...ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.....	47
8.7	...ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....	48
8.8	...DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	49
9-	DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	50
9.1	...ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %).....	50
9.2	...ASSISTANCE VOYAGE.....	52
9.3	...ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (frais remboursés à 100 %).....	55
9.4	...DÉFINITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....	60
9.5	...EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION.....	62
	TABLEAU DES PRIMES DES RÉGIMES ASSURÉS PAR PÉRIODE DE 14 JOURS	65
	CONSEILS D'AMI	68

VOTRE RÉGIME ASSURÉ PAR SSO EN UN COUP D'OEIL

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE			
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / assuré	Autorisation préalable	100 %
Assurance annulation de voyage	Remboursement maximum 5 000 \$ / voyage / assuré	Justification médicale	100 %
Frais hospitaliers au Canada	Chambre privée (à l'exclusion des salons) sans limite de jours	OUI	100 %
Frais médicaux non dispensés au Québec	3 fois le montant payé par la RAMQ	Préautorisation de la RAMQ	100 %
Frais hospitaliers non dispensés au Québec	1 fois le montant payé par la RAMQ	Préautorisation de la RAMQ	100 %
Médicaments	Liste large	OUI	80 % sur les premiers 3 750 \$ admissibles, 100 % sur l'excédent
Maison de convalescence	Frais admissibles de 20 \$ / jour / assuré	OUI	
Fauteuil roulant – lit d'hôpital	Usage temporaire seulement	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Membres artificiels et prothèses externes	Aucune	NON	
Bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Aucune	OUI	
Glucomètre	Frais admissibles de 300 \$ / 60 mois / assuré	OUI	80 % sur les premiers 3 750 \$ admissibles, 100 % sur l'excédent
Appareils thérapeutiques	Aucune	OUI	
Neurostimulateurs transcutanés (TENS)	Aucune	OUI	
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Aucune	OUI	
Électrocardiogrammes, radiographies et analyses de laboratoire	Aucune	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	Aucune	OUI	
Appareil auditif	Frais admissibles de 625 \$ / 36 mois / assuré	NON	
Infirmier	Aucune	OUI	
Chirurgie esthétique	À la suite d'un accident	OUI	
Bas de contention	De 20 mm de Hg ou plus, 3 paires / année civile / assuré	OUI	
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	NON	80 % sur les premiers 3 750 \$ admissibles, 100 % sur l'excédent
Ambulance	Aucune	NON	
Transport et hébergement au Québec	Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / assuré	OUI	
Cure de désintoxication	Frais admissibles de 50 \$ / jour, maximum 30 jours par année civile / adhérent	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Physiothérapie	Aucune	NON	
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ADDITIONNELLE			
Diététiste	1 ^{re} consultation : frais admissibles 30 \$ / consultation / assuré. Les suivantes : frais admissibles : 15 \$ / consultation / assuré	NON	80 %
Ostéopathe, naturopathe ou podiatre	Frais admissibles de 15 \$ / traitement, maximum de 25 traitements / année civile / assuré / spécialiste	NON	80 %
Orthophoniste, ergothérapeute, audiologiste ou audioprothésiste	Remboursement maximum de 500 \$ / année civile / assuré pour l'ensemble de ces spécialistes	NON	80 %
Chiropraticien (et radiographies)	Frais admissibles de 15 \$ / traitement et de 50 \$ / année civile pour les radiographies. Remboursement maximum global de 500 \$ / année civile / assuré	NON	80 %

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Psychiatre, psychanalyste ou psychologue	Remboursement maximum de 500 \$ / année civile / assuré pour l'ensemble de ces spécialistes	NON	50 %
Acupuncteur, homéopathe, phytothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute	Frais admissibles de 15 \$ / consultation ou traitement. Remboursement maximum de 500 \$ / année civile / assuré / spécialiste	NON	80 %

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE VIE DE BASE	
Garantie	Description
- Assurance vie du juge - Assurance vie du conjoint ^(a) - Assurance vie des enfants à charge ^(a) - Assurance mort ou mutilation par accident du juge ^(b)	50 % du traitement annuel 10 000 \$ + 300 \$ / mois pendant 24 mois 5 000 \$ / enfant 100 % du traitement annuel

^(a) Pour le juge occupant un poste régulier à moins de 70 % du temps complet, ces sommes sont réduites de moitié.

^(b) En cas de mort accidentelle du juge, ce montant s'ajoute à celui de l'assurance vie du juge.

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	
Garantie	Description
- Rente	70 % du traitement mensuel à la fin de la 104 ^e semaine d'invalidité totale
- Durée	Tant que dure l'invalidité totale, sans excéder l'âge de 70 ans
- Délai de carence	104 semaines
- Indexation	Le 1 ^{er} janvier de chaque année selon l'augmentation de l'indice des rentes de la RRO (maximum 4 %)

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE	
Garantie	Description
- Assurance vie additionnelle du juge	1, 2 ou 3 fois le traitement annuel
- Assurance vie additionnelle du conjoint	10 000 \$, 20 000 \$, 30 000 \$, 40 000 \$ ou 50 000 \$

Voir le texte de la brochure pour tous les détails relatifs à chacune des garanties et pour les exclusions ou limitations

LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :

- LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE**
- LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS**
- LE RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (JUGES À LA COUR DU QUÉBEC)**

Ces régimes sont assumés par le gouvernement du Québec et sont accordés aux juges nommés par le gouvernement du Québec et d'autres juges de certaines cours municipales.

Vous n'avez aucune prime à payer.

Pour toute information, vous devez communiquer avec le Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée.

I- LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE

A- Garantie

Les juges profitent d'une assurance vie de 6 400 \$ payable aux légataires désignés dans un testament ou, à défaut, aux héritiers qui répondent à la définition du Code civil. Ce montant est réduit à 3 200 \$ pour les participants à temps partiel.

B- Demande de prestations au décès

Pour obtenir le paiement du montant de la protection assumée par le gouvernement du Québec, les héritiers doivent compléter le formulaire « Demande de prestations de survivants », qu'ils peuvent obtenir du Service des ressources humaines du ministère de la Justice, de la municipalité concernée ou de la CARRA. Le formulaire doit être envoyé à :

Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances

Direction des rentes de retraite

475, rue Saint-Amable

Québec QC G1R 5X3

Téléphone : (418) 643-4881 pour la région de Québec

1 800 463-5533 de l'extérieur (sans frais)

II- LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS

Les rentes de survivants sont payables mensuellement à compter du premier jour du mois au cours duquel survient le décès d'un juge ayant un conjoint ou des enfants à charge.

A- Rente de conjoint

Cette rente est payable au conjoint tel que défini dans le chapitre « renseignements généraux » jusqu'à son décès.

Le conjoint auquel on réfère pour la rente de survivants est le conjoint qui a été déclaré à l'assureur par l'adhérent. Pour toute modification, un formulaire de déclaration de conjoint est disponible auprès du Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée.

Le montant initial de cette rente est égal à 40 % du traitement mensuel du juge et est réduit du montant initial de la rente similaire payée par le Régime de rentes du Québec.

B- Rente d'enfants à charge

Cette rente est payable aux enfants à charge tels que définis dans le chapitre « renseignements généraux » ou à leur tuteur.

Lorsqu'une rente de conjoint est payable, le montant initial de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour l'ensemble des enfants à charge.

Lorsqu'il n'y a pas de conjoint ou lorsque le conjoint qui recevait une rente décède, le montant initial de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour le premier enfant à charge et à 10 % du même traitement pour chaque autre enfant à charge.

Cependant, le montant initial des rentes payables au conjoint et aux enfants à charge ne peut jamais dépasser 55 % du traitement mensuel du juge au moment de son décès.

C- Traitement servant au calcul de la rente

Ces rentes sont basées sur le traitement mensuel du juge au moment de son décès. Dans le cas d'un juge totalement invalide lors de son décès, les rentes sont calculées en fonction du traitement servant de base au calcul de la prestation d'assurance salaire de courte durée prévue à ses avantages sociaux, ou, si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, en fonction de son traitement assurable à la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale, lequel traitement est indexé selon l'augmentation de l'indice des rentes de la Régie des rentes du Québec le 1^{er} janvier de chaque année, sujet à un maximum de 4 %, depuis la fin de la 104^e semaine de son invalidité totale jusqu'à la date de son décès.

D- Coordination

Le montant initial de la rente de conjoint et d'enfants à charge est réduit, le cas échéant, de façon à ce que la somme de ces rentes et de toute rente de même nature payée en vertu d'un régime de rentes ou de retraite, auquel contribuait le gouvernement ou la municipalité concernée pour le juge, ne soit pas supérieure à 90 % du traitement servant au calcul initial des rentes de survivants.

E- Demande de rente de survivants

Toute demande de paiement de rente de survivants doit être transmise par écrit à SSQ.

F- Terminaison de cette garantie

Les juges participent à ce régime jusqu'à la fin de la 31^e journée suivant :

- a) la fin de leur emploi; ou
- b) leur retraite.

III- LE RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (JUGES À LA COUR DU QUÉBEC)

Ce régime couvre les 104 premières semaines d'invalidité du juge. C'est le gouvernement du Québec qui est responsable du versement des prestations de ce régime.

A- L'invalidité

Une invalidité est un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou de complications graves d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend le juge totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi comportant un traitement similaire qui lui est offert par le gouvernement du Québec.

N'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale celle qui résulte de maladie ou de blessure volontairement causées par le juge lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de service actif dans les forces armées ou de participation active à une émeute, à une insurrection, à des infractions ou à des actes criminels.

Dans le cas d'alcoolisme et de toxicomanie, est reconnue comme période d'invalidité totale celle pendant laquelle le juge reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation.

B- Les garanties du régime

Première période

Pendant les 3 premières semaines d'invalidité, le juge reçoit le traitement auquel il aurait eu droit s'il avait été au travail.

Deuxième période

Pendant les 101 semaines qui suivent, il a droit à 80 % de son traitement déterminé par la politique de rémunération applicable aux juges. Pendant ces 101 semaines, le juge est

exonéré des primes des régimes facultatifs (vie et maladie) du régime d'assurance collective. Durant cette période, la prime complète à l'égard du juge (part du juge et part du gouvernement ou de la municipalité concernée) pour les **garanties obligatoires** est à la charge du gouvernement du Québec ou de la municipalité concernée.

C- Intégration des protections

Le montant des prestations du régime de base d'assurance salaire de courte durée est réduit des prestations d'invalidité ou de retraite versées en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, du Régime de rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de tout autre régime de retraite auquel le gouvernement du Québec contribue.

D- Terminaison de cette protection

Les juges participent au régime de base d'assurance salaire de courte durée jusqu'à :

- a) la fin de leur emploi ; ou
- b) leur retraite.

N.B.: Pour les juges des cours municipales, veuillez consulter le service des ressources humaines de votre municipalité pour connaître le régime de base d'assurance salaire de courte durée à votre intention.

LES RÉGIMES ASSURÉS

1- LE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

1.1 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Voir le chapitre 9.

1.2 FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)

1.2.1 Frais hospitaliers au Canada

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 % du coût d'une chambre privée (à l'exclusion des salons)** sous réserve de la Loi de l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un juge engage au Canada, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse.

1.2.2 Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec

Lorsque des frais médicaux et d'hospitalisation sont engagés pour des soins qui ne peuvent être dispensés au Québec, ces frais en excédent de ceux de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont admissibles dans la mesure où ils sont préautorisés par la RAMQ et conformes aux normes prévues à cet effet par la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, sous réserve des montants maximums suivants :

- frais médicaux :

trois (3) fois le montant payé, à titre d'honoraires professionnels, par la RAMQ.

- frais hospitaliers :

une (1) fois le montant payé, à titre de frais d'hospitalisation, par la RAMQ.

1.3 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET PARAMÉDICAUX

Sous réserve de la Loi de l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un juge engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, les frais admissibles de cette section sont remboursés à 80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles par année civile et 100 % de l'excédent.

Le remboursement des frais engagés pour certaines garanties (exemple : appareil auditif) est limité par un montant maximum admissible et, de ce fait, peut ne pas correspondre au pourcentage de remboursement indiqué ci-dessus.

Ces frais sont également admissibles pour des soins non urgents en dehors du Québec. Toutefois, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de ceux qui auraient été remboursés par SSQ s'ils avaient été engagés au Québec.

Notion de frais admissibles et remboursement

Lorsque le terme « frais admissibles » est utilisé dans la description d'une garantie, le montant de frais admissibles doit être multiplié par le pourcentage de remboursement applicable pour établir le montant maximal de remboursement.

Relativement au remboursement maximal par année civile, ce montant correspond à la somme de tous les remboursements effectués par SSQ pour les frais engagés du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année.

Exemple : Frais pour traitements de chiropraticien

- a) exemple 1 : facture présentée : 30 \$
Ce montant est ramené au maximum de 15 \$ et est remboursé à 80 %, soit 12 \$.

- b) exemple 2 : facture présentée : 14 \$
Ce montant est remboursé à 80 %, soit 11,20 \$.

Les frais admissibles mentionnés **aux points 1.3.1 à 1.3.15 inclusivement (à l'exception de 1.3.4 et 1.3.12) et 1.3.18 à 1.3.19** doivent être prescrits par un médecin. Ces frais admissibles comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical du juge, de son conjoint ou d'un de ses enfants à charge ou de la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle :

1.3.1 les frais de médicaments porteurs d'un DIN (Drug Identification Number), valide, émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou par un professionnel de la santé, conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des reçus convenablement détaillés.

Les médicaments visés par la présente garantie 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 de telles autorités, 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 déterminés par** le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments (RGAM). **Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de SSQ.**

L'ensemble des produits antitabac couverts sous le Régime général d'assurance médicaments sont sujets à un maximum global de frais admissibles de 600 \$ par année civile, par assuré.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical.

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

Exclusions aux médicaments :

La présente clause ne couvre pas les produits suivants qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

1. produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
2. substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
3. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
4. produits homéopathiques ou dits naturels;
5. produits antitabac, à l'exception de ceux couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
6. 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 RGAM demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

7. écrans solaires et huiles de teint;

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 SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

8. médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation *in vitro*;
9. hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
10. médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.

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

La contribution du patient exigée pour à un assuré couvert sous le RGAM par la Régie de l'assurance maladie du Québec n'est pas couverte par la présente clause.

ESI-CAPSS (différé)

La personne assurée peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations offert par ESI-CAPSS. L'utilisation de ESI-CAPSS vous est recommandée pour vous permettre de connaître les médicaments dont les frais sont admissibles à un remboursement. La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite au chapitre 8.

- 1.3.2 les frais de séjour dans une **maison de convalescence**, reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux, contrôlée par un médecin ou une infirmière autorisée, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 20 \$ par jour, incluant le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers;
- 1.3.3 les frais de location d'un **fauteuil roulant** ou d'un **lit d'hôpital pour un usage temporaire**;
- 1.3.4 les frais d'achat ou de remplacement d'un membre artificiel **ou de prothèses (lunettes et lentilles cornéennes ainsi que prothèses capillaires et dentaires sont exclues)**;
- 1.3.5 les frais d'achat, de location ou de remplacement de **bandages herniaires, corsets, plâtres, attelles, béquilles et autres appareils orthopédiques**, étant entendu que l'expression « appareils orthopédiques » désigne un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient ou maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps, ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons;

- 1.3.6** les frais d'achat, de location ou de remplacement d'un **appareil mesurant le taux de glucose sanguin** (glucomètre) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 60 mois. L'assuré doit présenter un diabète insulino-dépendant;
- 1.3.7** les frais de location ou d'achat **d'appareils thérapeutiques**, si ce dernier mode est plus économique.

Dans cette catégorie d'appareils nous pouvons citer à titre d'exemples :

- 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);
- les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux);
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- la pompe à insuline;
- les vêtements pour le traitement de brûlures;
- 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.

Exclusions aux appareils thérapeutiques

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, sphymomanomètre ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques.

Par « accessoires domestiques », on entend des accessoires tels que siège d'aisance, barre de soutien, humidificateur, climatiseur, « filtreur d'air », articles du Docteur Gibaud (matériel fournissant de la chaleur), coussin électrique, coussin chauffant pour automobile, lampe solaire, thermomètre, bain de siège, appareils à pression ou autres appareils de même nature, « water pik », brosse à dents électrique, appareil hydrothérapeutique, bain tourbillon, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (incontinence nocturne) et autres accessoires de même nature;

1.3.8 les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation de **neurostimulateurs transcutanés**;

1.3.9 les frais d'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont **obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé** détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des services sociaux en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.

Sont également admissibles, les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que toutes formes de sandales, ne sont pas admissibles;

1.3.10 les frais engagés pour des **électrocardiogrammes, radiographies (scanner) et analyses de laboratoire**;

1.3.11 les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire** et d'oxygène (ex. : concentrateur, oxylite);

1.3.12 les frais pour la location, l'achat ou la réparation d'un **appareil auditif**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 625 \$ par période de 36 mois consécutifs pour chaque assuré;

- 1.3.13** les frais pour les **services professionnels d'un infirmier** licencié ou d'un infirmier auxiliaire autorisé, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez le juge ou qui fait partie de sa famille;
- 1.3.14** les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance;
- 1.3.15** les frais d'achat de **bas de contention à compression moyenne ou forte** (20 mm de Hg ou plus) fournis et vendus dans une pharmacie ou un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 paires par assuré, par année civile;
- 1.3.16** Les honoraires professionnels d'une chirurgienne ou d'un chirurgien dentiste, d'une ou d'un spécialiste ou denturologiste pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles subis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, à condition que les soins soient donnés à l'intérieur des 12 mois suivant la date de l'accident. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des montants et actes prévus au guide de **l'année courante** de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ).

Tout acte, traitement, prothèse, de quelle que nature que ce soit, relié à un implant est exclu.

Dans cette garantie, nous entendons par « accident » tout 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. Également, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même ou soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

- 1.3.17** les frais de **transport aller et retour en ambulance**, y compris, en cas d'urgence, le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances) ou par train.

La nécessité médicale doit être démontrée, lors de la demande de prestations à SSQ, lorsque le transport par avion ou par train est utilisé;

1.3.18 les **frais de transport et d'hébergement** engagés au Québec occasionnés par une consultation pour des **services professionnels non disponibles dans la région de résidence de l'assuré**. Les frais admissibles sont :

- les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train) et les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour, sous réserve d'un maximum de remboursement de 1 000 \$ par assuré, par année civile.

Toutefois, les conditions ci-après s'appliquent :

- les frais admissibles doivent être engagés consécutivement à une prescription d'un médecin pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de l'assuré ou pour un traitement spécialisé non disponible dans cette région;
- les frais admissibles doivent être occasionnés par un déplacement d'au moins 200 km du lieu de résidence de l'assuré au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de l'assuré;
- pour les déplacements en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par un assuré ainsi que par son accompagnateur.

REMARQUE :

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par certaines régies régionales de la santé. Ce programme est toutefois administré par l'établissement responsable du traitement de l'assuré. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, l'assuré est prié de communiquer avec l'hôpital, le CLSC ou la régie régionale. Ces organismes sont les « premiers payeurs » et seuls les frais non remboursés par ces organismes et admissibles en vertu du présent contrat sont remboursables.

1.3.19 dans le cas d'**une cure de désintoxication** reliée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, les frais engagés pour un séjour dans une maison **officiellement reconnue** à cette fin, sont admissibles jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile, par assuré;

1.3.20 les frais pour des **traitements de physiothérapie** rendus en clinique privée par des physiothérapeutes ou par des thérapeutes en réadaptation physique, exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de psychiatres.

Les frais admissibles définis aux sections 1.1, 1.2 et 1.3 sont sujets à l'application de certaines exclusions, limitation ou coordination. Toute l'information relative à celles-ci est présentée au chapitre 6- EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION (section 6.1).

2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE VIE DE BASE

2.1 ASSURANCE VIE DU JUGE

Le montant de protection est égal à 50 % du traitement annuel.

2.2 ASSURANCE MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT DU JUGE (MMA)

Cette garantie prévoit le paiement de prestations, telles que décrites dans le tableau suivant et ce, sans excéder 100 % du traitement annuel, lorsque le juge, en cours d'assurance, subit, à la suite d'un accident l'une des pertes suivantes et ce, dans les **365 jours** de l'accident;

Perte	Montant
• de la vie	100 % du traitement annuel*
• des 2 mains, des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	100 % du traitement annuel
• d'une main et d'un pied	100 % du traitement annuel
• d'une main et de la vue d'un œil	100 % du traitement annuel
• d'un pied et de la vue d'un œil	100 % du traitement annuel
• d'une main	50 % du traitement annuel
• d'un pied	50 % du traitement annuel
• de la vue d'un œil	50 % du traitement annuel

* *Ce montant s'ajoute à celui de l'assurance vie du juge.*

Note : Par « perte », on entend la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre et ce, à la suite d'un accident. La perte de la vue signifie la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

2.3 ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

- conjoint : 10 000 \$ plus une rente de 300 \$ par mois pendant 24 mois;
- enfant(s) à charge âgé(s) de 24 heures ou plus : 5 000 \$ par enfant.

Notes :

- (1) Ces montants sont réduits de moitié pour les juges travaillant moins de 70 % du temps complet
- (2) Ces montants sont applicables uniquement lorsque le juge a un conjoint ou des enfants à charge répondant aux définitions de la section **7.8**.

La garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelle est sujette à l'exclusion décrite au chapitre 6- EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION (section 6.2).

2.4 TRAITEMENT SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS

Si le juge est totalement invalide lors de l'événement ouvrant droit aux prestations, le traitement servant au calcul des prestations prévues aux sections **2.1** et **2.2** ci-dessus est déterminé de la façon suivante :

1. si l'événement survient pendant la période où le juge reçoit des prestations d'assurance salaire prévue à ses avantages sociaux (pendant les 104 premières semaines d'invalidité totale), le traitement assurable est celui ayant servi de base au calcul desdites prestations d'assurance salaire;
2. si l'événement survient à compter de la 105^e semaine d'invalidité totale ou par la suite, le traitement assurable est celui déterminé à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale, indexé selon l'augmentation de l'indice des rentes de la RRQ (maximum de 4%) le 1^{er} janvier de chaque année.

3- LE RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Le régime obligatoire d'assurance salaire de longue durée est conçu pour compléter le régime de base d'assurance salaire de courte durée prévu aux avantages sociaux du juge et pour lui procurer, lorsqu'il est atteint d'invalidité totale, un revenu pour la durée de l'invalidité, sans toutefois dépasser le 70^e anniversaire du juge.

3.1 MONTANT DE LA RENTE

La rente, versée mensuellement, est égale à 70 % du traitement mensuel brut que le juge devrait recevoir à la fin de la 104^e semaine de son invalidité totale.

3.2 DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est de 104 semaines et correspond à la durée du régime de base d'assurance salaire de courte durée prévu aux avantages sociaux du juge.

3.3 DURÉE DES PRESTATIONS

Le juge invalide a droit de recevoir la rente d'invalidité de longue durée à compter de la fin du délai de carence et aussi longtemps qu'il demeure atteint d'invalidité totale sans toutefois dépasser la première des dates mentionnées à la section **3.9** ci-après.

3.4 COORDINATION DE LA RENTE

Le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant mensuel de rente, d'invalidité ou de retraite, **payé** en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec, du régime de retraite auquel contribue le gouvernement du Québec ou la municipalité concernée, de tout contrat antérieur et de toute autre loi sociale.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe au juge de faire la preuve qu'il n'a pas droit à des indemnités provenant de telles sources, sauf en ce qui a trait à une rente d'invalidité ou de retraite

avant l'âge de 70 ans payable en vertu du régime de retraite auquel contribue le gouvernement du Québec ou la municipalité, selon le cas.

Cette réduction est établie en fonction des rentes payables après la 104^e semaine d'invalidité totale, sans égard à leurs futures indexations au coût de la vie.

3.5 DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication grave d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend le juge totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant un traitement similaire qui lui est offert par le gouvernement du Québec ou la municipalité concernée.

3.6 PÉRIODE D'INVALIDITÉ TOTALE (après 104 semaines)

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de moins de 3 semaines consécutives de travail effectif à plein temps.

Si l'invalidité totale, pendant une période, résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente, cette période est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

3.7 INDEXATION

Le montant de la rente payable par SSQ est indexé le 1^{er} janvier de chaque année selon le pourcentage le moins élevé de :

- i) l'augmentation de l'indice des rentes du Régime de rentes du Québec;
- ii) 4 %.

3.8 EMPLOI DE RÉADAPTATION

Lorsque le juge effectue un travail dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par SSQ, la rente payable par SSQ est réduite de 50 % du traitement reçu par le juge.

3.9 TERMINAISON DES PRESTATIONS

Il y a cessation des prestations d'invalidité à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le juge atteint l'âge de 70 ans;
- b) la date où cesse l'invalidité totale.

Le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée est sujet à l'exclusion décrite au chapitre 6- EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION (section 6.3).

4- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ADDITIONNELLE

Ce régime facultatif vient compléter le régime obligatoire d'assurance accident maladie (il est aussi accessible aux juges exemptés du régime obligatoire d'assurance accident maladie).

4.1 FRAIS PARAMÉDICAUX REMBOURSABLES À 80 %

Les frais admissibles suivants sont remboursés à 80 % (ou selon le pourcentage de remboursement spécifié) pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical du juge ou de ses personnes à charge.

4.1.1 Les honoraires professionnels d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ pour la première consultation et de 15 \$ pour chaque consultation subséquente.

4.1.2 Les honoraires professionnels de tout **ostéopathe, naturopathe (ou naturothérapeute) ou podiatre**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 15 \$ par traitement et jusqu'à concurrence, pour chacune de ces spécialités, de 25 traitements par année civile, pour chaque personne assurée.

Concernant le naturopathe (ou naturothérapeute), les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations non reconnues par SSQ ne sont pas couverts.

Les services rendus par ces professionnels ne comprennent pas les remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels et sont, par conséquent, exclus des prestations payables.

4.1.3 Les honoraires professionnels d'un **orthophoniste, ergothérapeute, audiologiste ou audioprothésiste**, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités.

- 4.1.4** Les honoraires professionnels d'un **chiropraticien** reconnu par la Loi sur la chiropratique, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 15 \$ par traitement, de 50 \$ par année civile pour les radiographies et sous réserve d'un remboursement global de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- 4.1.5** Les honoraires professionnels d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste** ou d'un **psychologue**, **sont remboursables à 50 % des frais réellement engagés au lieu de 80 %**, sous réserve d'un remboursement **maximum** de 500 \$ par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités.
- 4.1.6** Les honoraires professionnels d'un **acupuncteur, homéopathe, kinésithérapeute, phytothérapeute** ou **orthothérapeute** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 15 \$ par consultation ou traitement, selon le cas, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée pour chacune de ces spécialités. Les honoraires de ces professionnels ne comprennent pas les remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels et sont, par conséquent, exclus des prestations payables.

Les frais admissibles définis à la section 4.1 sont sujets à l'application de certaines exclusions, limitation ou coordination. Toute l'information relative à celles-ci est présentée au chapitre 6- EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION (section 6.1).

5- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Le régime facultatif d'assurance vie additionnelle vient compléter le régime obligatoire d'assurance vie de base de SSO et le régime de rentes de survivants autoassuré par le gouvernement du Québec.

5.1 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU JUGE

Le juge peut ajouter un montant égal à 1, 2 ou 3 fois son traitement annuel à sa protection d'assurance vie de base.

La participation à l'assurance vie additionnelle du juge est requise pour donner accès à l'assurance vie additionnelle du conjoint.

Preuves d'assurabilité

- 1- Des preuves d'assurabilité sont **toujours** exigées si la demande d'assurance vie additionnelle est présentée **plus de 60 jours** après la date d'admissibilité;
- 2- Des preuves d'assurabilité sont également exigées du juge qui présente sa demande dans les 60 premiers jours de son admissibilité pour l'excédent de 119 700 \$*, s'il est âgé de 40 à 49 ans et pour l'excédent de 49 900 \$*, s'il est âgé de 50 ans ou plus.

* Ces montants représentent ceux en vigueur en 2002. Ils sont indexés selon l'augmentation de l'indice des rentes de la RRO, sujet à un maximum de 4 %, le 1^{er} janvier de chaque année.

5.2 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

Pour choisir l'assurance vie additionnelle du conjoint, le juge doit participer au régime facultatif d'assurance vie additionnelle du juge. **Les montants sont disponibles par tranche de 10000 \$, sous réserve d'un montant maximum de 50 000 \$, et des preuves d'assurabilité sont exigées en tout temps.**

Le régime facultatif d'assurance vie additionnelle est sujet à l'exclusion décrite au chapitre 6- EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION (section 6.4).

5.3 TRAITEMENT SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS

Si le juge est totalement invalide lors de l'événement ouvrant droit aux prestations, le traitement mentionné à la section **5.1** ci-dessus est déterminé de la façon suivante :

- 1) si l'événement survient pendant la période où le juge reçoit des prestations d'assurance salaire prévues à ses avantages sociaux (pendant les 104 premières semaines d'invalidité totale), le traitement assurable est celui ayant servi de base au calcul desdites prestations d'assurance salaire;
- 2) si l'événement survient à compter de la 105^e semaine d'invalidité totale ou par la suite, le traitement assurable est celui déterminé à la fin de la 104^e semaine d'invalidité totale, indexé selon l'augmentation de l'indice des rentes de la RRQ (maximum 4 %) le 1^{er} janvier de chaque année.

6- EXCLUSIONS, LIMITATION ET COORDINATION

6.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ET RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ADDITIONNELLE

6.1.1 Exclusions

La garantie de médicaments prévoit l'exclusion de certains produits. Le juge est invité à lire attentivement ces exclusions au chapitre I.

De plus, **aucunes prestations ne sont payables** pour les frais engagés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lequel le juge a droit à une compensation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus par le régime d'assurance du juge;
- pour appréciation de la vision ou de l'audition, lunettes ou lentilles cornéennes;
- du fait d'une automutilation volontaire, dans quelque état mental que soit l'assuré;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie plastique, sauf ceux qui sont expressément prévus par le régime d'assurance du juge;
- par suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que l'assuré est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par un membre de la famille du juge;

- pour des services médicaux pour lesquels le juge n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
- pour toutes substances, soins ou procédés se rapportant à l'insémination artificielle.

6.1.2 Limitation

Pour chacun des spécialistes admissibles en vertu de ce régime, le remboursement des frais admissibles est limité à **un seul traitement par jour**.

6.1.3 Coordination

Si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un autre assureur, les prestations payables en vertu des présents régimes sont réduites des prestations payables en vertu de cet autre contrat.

6.2 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE VIE DE BASE

Exclusion en cas de mort ou mutilation par accident du juge (mma) :

L'assurance en cas de mort ou mutilation par accident du juge (mma) n'est pas payable si la perte est due à une des causes suivantes: blessures volontaires, suicide, guerre, émeute, insurrection, participation active à un acte criminel ou un attentat, service actif dans les forces armées, exercice de toute fonction comme membre d'équipage d'un aéronef.

6.3 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Aucunes prestations ne sont payables pour toute période d'invalidité résultant de maladies ou de blessures que le juge s'est volontairement infligées, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre déclarée ou non, ou d'une guerre civile.

6.4 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Aucunes prestations ne sont payables pour un assuré (juge ou son conjoint) en vertu du présent régime en cas de suicide :

- si les montants de protection sont demandés plus de 60 jours après la date d'admissibilité de l'assuré; et
- si le décès de l'assuré se produit dans les 12 mois suivant la mise en vigueur des montants additionnels de protection.

7- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS

7.1 ADMISSIBILITÉ

C'est le gouvernement du Québec qui détermine quels sont les juges admissibles à l'assurance.

7.2 PARTICIPATION À L'ASSURANCE

La participation est obligatoire pour tout juge admissible sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

7.2.1 Régime obligatoire d'assurance accident maladie

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, il incombe au juge de protéger son conjoint et ses enfants à charge ou la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour les médicaments (à moins qu'elles soient déjà protégées par une autre police d'assurance collective). Comme cette garantie se retrouve dans le régime obligatoire d'assurance accident maladie, la protection en vertu de ce régime devra refléter l'exigence de la Loi en cette matière.

Le conjoint et les enfants à charge ou la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle doivent toujours être protégés par le régime du juge.

Juge âgé de 65 ans ou plus

Lorsque le juge atteint l'âge de 65 ans dans le courant de l'année, toutes les modifications de primes et de protections en fonction de l'âge ne sont modifiées que le 1^{er} janvier de l'année suivante. Entre le 65^e anniversaire de naissance du juge et le 31 décembre qui suit, le juge devra se désengager auprès de la RAMQ (sinon il devra payer une prime à la RAMQ sans avoir droit aux protections). Le 1^{er} janvier de l'année suivante, le juge pourra s'inscrire à la RAMQ **s'il le désire.**

Si le choix du juge est de ne pas s'inscrire à la RAMQ, ses frais de médicaments seront alors admissibles à un

remboursement dans le régime obligatoire d'assurance accident maladie. **Comme le gouvernement du Québec a retenu l'option de protéger ses juges par le régime d'assurance collective, il n'y a pas de surprime à payer.**

Comme la loi prévoit que tout juge âgé de 65 ans ou plus a le **choix** d'être assuré par la garantie de médicaments de son régime d'assurance collective ou par le régime de la RAMQ, si le choix du juge est de s'inscrire à la RAMQ pour les médicaments, il devra également y inscrire son conjoint et ses enfants à charge ou la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle. Ce choix est cependant irrévocable, c'est-à-dire que le juge ne pourra plus réintégrer sa protection de médicaments dans le régime d'assurance collective par la suite. Il paie alors la prime de la RAMQ par l'entremise de son rapport d'impôt et présente ses demandes de prestations de médicaments à cet organisme pour en obtenir le remboursement. Il est à noter que dans un tel cas, la participation au régime obligatoire d'assurance accident maladie **demeure obligatoire**. Cependant, la franchise et la coassurance prévues par le régime de la RAMQ ne sont remboursables d'aucune façon en vertu du régime obligatoire d'assurance accident maladie.

7.2.2 Régimes obligatoires d'assurance vie de base et d'assurance salaire de longue durée

La participation est obligatoire pour tout juge admissible.

7.2.3 Régimes facultatifs d'assurance accident maladie additionnelle et d'assurance vie additionnelle

La participation à ces régimes est facultative.

7.3 EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION

Un juge qui peut faire la preuve qu'il est protégé en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant des garanties similaires au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie peut être exempté de participer à ce régime mais doit participer aux autres régimes obligatoires (vie et salaire). De plus, le juge peut participer aux régimes facultatifs d'assurance vie additionnelle et d'assurance maladie additionnelle.

Le juge qui désire bénéficier de cette disposition doit compléter le formulaire « *Demande d'adhésion ou de changement* » disponible au Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée et l'envoyer à SSQ par l'intermédiaire de ce Service des ressources humaines. L'exemption prend effet le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation de la demande par le Service des ressources humaines concerné.

Un juge exempté peut participer à nouveau au régime obligatoire d'assurance maladie (statut de protection individuel, monoparental ou familial) et ce, sans preuve d'assurabilité. Il doit cependant en faire la demande à SSQ, par l'intermédiaire du Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée, dans les **30 jours** qui suivent la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exempté. La protection prend alors effet à la date de la fin d'exemption. Au-delà de ce délai de 30 jours, la protection prend alors effet à la date de réception de la demande par SSQ.

7.4 STATUT DE PROTECTION INDIVIDUEL, MONOPARENTAL OU FAMILIAL

Le régime obligatoire d'assurance accident maladie et le régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle doivent faire l'objet du choix d'un des statuts de protection ci-dessous, ce statut étant identique pour les deux (2) régimes :

- statut de protection individuel (protège le juge seulement);
- statut de protection monoparental (protège le juge, ses enfants à charge et la personne atteinte de déficience fonctionnelle);
- statut de protection familial (protège le juge, son conjoint, leur(s) enfant(s) à charge et la personne atteinte de déficience fonctionnelle).

Ce choix est important car la prime dépend directement du statut de protection choisi. Ce choix n'affecte pas les autres régimes disponibles (telle l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévue au régime obligatoire d'assurance vie de base ainsi que la rente de survivants décrite précédemment).

Tout changement futur de statut de protection (afin d'obtenir un statut de protection monoparental ou familial) dans le **régime**

obligatoire de base d'assurance accident maladie et le régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle est soumis aux conditions suivantes :

- a) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental est présentée au ministère de la Justice ou à la municipalité concernée dans les 31 jours suivant la naissance d'un enfant ou de son adoption, ou dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance des enfants à charge par un autre régime d'assurance collective procurant des protections similaires :

Le statut de protection monoparental prend effet rétroactivement à la date de la naissance ou d'adoption ou de la fin de l'assurance.

- b) lorsque la demande pour un statut de protection familial est présentée au ministère de la Justice ou à la municipalité concernée dans les 31 jours suivant le mariage, la reconnaissance du « conjoint de fait » ou la terminaison de l'assurance du conjoint :

Le statut de protection familial prend effet rétroactivement à la date de l'événement.

Lors de la naissance d'un enfant à charge ou lors de son adoption, celui-ci est assuré automatiquement si le juge est déjà protégé par un contrat monoparental ou familial.

- c) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental ou familial est présentée au-delà du délai mentionné aux paragraphes a) et b) :

Le statut de protection demandée prend effet le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande par SSO et la prime est payable à cette date.

7.5 INSCRIPTION À L'ASSURANCE

Le juge doit remplir le formulaire « *Demande d'adhésion ou de changement* » et le remettre à la personne responsable des assurances au Service des ressources humaines, qui le transmet à SSO.

7.6 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

7.6.1 Régime obligatoire d'assurance accident maladie

Le régime obligatoire d'assurance accident maladie entre en vigueur, selon le statut de protection demandé (individuel, monoparental ou familial) à la date d'admissibilité du juge pourvu qu'il soit alors au travail ou apte au travail à cette date. Sinon il entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.

7.6.2 Régime obligatoire d'assurance vie de base et régime obligatoire d'assurance salaire de longue durée

Ces régimes entrent en vigueur à la date d'admissibilité du juge pourvu qu'il soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon ils entrent en vigueur à la date de son retour effectif au travail.

7.6.3 Régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle

Ce régime entre en vigueur à la date d'admissibilité du juge pour autant que le formulaire « *Demande d'adhésion ou de changement* » soit reçu par le ministère de la Justice ou de la municipalité concernée dans les 60 jours de sa date d'admissibilité. Sinon le régime entre en vigueur à la date de réception du formulaire par SSQ, selon la protection demandée.

7.6.4 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle

a) Du juge

Des dispositions particulières régissent l'adhésion du juge au régime d'assurance vie additionnelle et celles-ci sont décrites à la section **5.1** du chapitre **5**.

La protection d'assurance vie additionnelle, pour les montants disponibles sans preuves d'assurabilité, entre en vigueur à la date de réception du formulaire « *Demande d'adhésion ou de changement* » de la demande

d'adhésion dûment signée par le juge par le Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée.

Pour les montants pour lesquels le juge doit fournir des preuves d'assurabilité, la protection entre en vigueur la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

b) Du conjoint

La protection d'assurance vie additionnelle du conjoint entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

7.7 JUGE

Un juge admissible à l'assurance et qui paie les cotisations requises.

7.8 ASSURÉS

Les personnes assurées sont le juge lui-même, son conjoint, leur(s) enfant(s) à charge et la personne atteinte de déficience fonctionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

7.8.1 Conjoint

Le conjoint est celui ou celle qui l'est devenu(e) par suite d'un mariage reconnu comme valable par les lois du Québec ou par le fait pour une personne de résider en permanence, depuis plus d'un (1) an ou immédiatement si un enfant est issu de leur union, avec une personne qu'elle présente publiquement comme son conjoint.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre le statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union de fait.

Lorsque le juge est légalement marié à une personne, il peut désigner à SSQ une autre personne comme conjoint en lieu et place du conjoint légal à la condition que cette

personne réponde à la définition de conjoint de fait prévue à la présente. La désignation de cette personne prend effet à la date de notification à SSO.

7.8.2 Enfant à charge

Un enfant du juge, de son conjoint ou des deux, ainsi qu'un enfant dont le juge a la garde de droit ou dont il avait la garde lorsque l'enfant a atteint sa majorité ou qu'il avait alors adopté de fait, non marié, qui dépend du juge pour son soutien et :

- âgé de moins de 18 ans; ou
- âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, s'il fréquente à temps plein une maison d'enseignement reconnue, à titre d'étudiant dûment inscrit; ou
- quel que soit son âge, atteint d'une invalidité totale ayant débuté avant l'âge de 18 ans.

La Loi sur l'assurance médicaments du Québec **oblige** l'un ou l'autre des parents qui a accès à un régime collectif à protéger son enfant à charge et ce, indépendamment du fait, comme dans un cas de divorce, qu'il en ait ou non la garde légale. Si les deux parents sont admissibles à un régime d'assurance collective, ils devront prendre entente entre eux.

7.8.3 Personne atteinte de déficience fonctionnelle

Une personne atteinte de déficience fonctionnelle, au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, dont le juge ou son conjoint a la responsabilité. **Une personne atteinte de déficience fonctionnelle ne peut être protégée qu'en vertu du régime obligatoire d'assurance accident maladie et du régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle, s'il y a lieu.**

7.9 BÉNÉFICIAIRE

Personne désignée par le juge, à qui est versé le capital assuré payable lors du décès du juge.

Les prestations payables au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assurés sont toujours payables au juge.

Le juge peut changer de bénéficiaire dans les limites prévues par la loi, en communiquant par écrit avec le siège social de SSQ.

7.10 STATUT DE FUMEUR/NON-FUMEUR

La tarification du régime facultatif d'assurance vie additionnelle prévoit une réduction de prime pour le juge ou le conjoint non-fumeur protégé par ce régime.

Pour se prévaloir de cette réduction, le juge doit compléter le formulaire « *Demande d'adhésion ou de changement* » et signer la déclaration prévue à cette fin. **Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de cette protection.**

Pour être considéré non-fumeur, il ne faut pas avoir fumé au cours des 12 derniers mois aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue.

Si le juge ou son conjoint cesse de remplir les conditions requises, SSQ doit en être avisé afin de corriger son dossier et la prime en conséquence.

Dans tous ces cas, un nouveau certificat est émis confirmant le statut de fumeur ou non-fumeur.

7.11 TRAITEMENT

Le traitement est celui déterminé par la politique de rémunération applicable aux juges.

En cas d'invalidité totale, le traitement annuel utilisé pour fins d'assurance est celui qui sert de base au calcul des prestations du régime de base d'assurance salaire de courte durée prévu aux avantages sociaux du juge. Si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, il s'agit du traitement brut à la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale indexé selon les modalités définies à la section **3.7**.

7.12 POURSUITE DE L'ASSURANCE SANS PAIEMENT DE PRIME ET EXONÉRATION

Tout juge qui devient totalement invalide demeure protégé sans paiement de prime pour les régimes obligatoire et facultatif à compter de sa 4^e semaine d'invalidité et tant que dure son invalidité.

Pendant que le juge reçoit des prestations d'assurance salaire de base de l'employeur, la prime complète à l'égard de ce juge (part du juge et part du gouvernement ou de la municipalité concernée) pour les **garanties obligatoires** est à la charge de l'employeur. Par la suite, aucune prime n'est payable pour le juge totalement invalide et il demeure assuré, sans toutefois que son assurance se continue après l'âge de 70 ans. Si le juge est atteint d'invalidité totale à compter de l'âge de 68 ans ou après, l'exonération de primes se termine à la fin des prestations d'assurance salaire de courte durée du gouvernement ou de la municipalité concernée.

Concernant le régime facultatif **d'assurance accident maladie additionnelle** et le régime facultatif **d'assurance vie additionnelle**, l'exonération des primes commence après 3 semaines d'invalidité totale et cesse à l'âge de 70 ans.

7.13 ABSENCES TEMPORAIRES DU TRAVAIL

7.13.1 Absence sans traitement de moins de 30 jours

L'ensemble des protections du juge est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à SSQ de la façon habituelle.

7.13.2 Absence sans traitement d'une durée de 30 jours ou plus

La participation du juge au régime obligatoire d'assurance accident maladie est maintenue et le juge assume lui-même la totalité des primes. La participation aux autres régimes d'assurance qu'il détenait est suspendue automatiquement. Il peut maintenir la participation à ceux-ci **en payant lui-même la totalité des primes (part employé et part employeur)** des régimes selon le traitement qu'il recevait immédiatement avant le début de son absence.

Pour le juge ayant maintenu ses protections, l'invalidité est réputée avoir débuté à la date de la fin de l'absence.

7.13.3 Congé de maternité

L'assurance est maintenue en vigueur sans paiement de prime de la part de la juge pendant la période prévue au régime des droits parentaux décrits dans ses avantages sociaux. Si, par la suite, la juge bénéficie d'une absence sans traitement dans le cadre des droits parentaux, elle doit, afin de maintenir son assurance, payer la prime requise selon les dispositions prévues aux points **7.13.1** et **7.13.2**.

7.13.4 Demande de maintien de la participation

Le juge qui choisit de maintenir sa participation doit en faire la demande au Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée **avant la date de début de l'une des absences mentionnées**.

Lors d'un tel maintien, la participation à TOUS les régimes est obligatoire, incluant la rente de survivants. Le juge doit assumer le coût de ce régime qui est fixé, en 2002, à 1,04 % du traitement.

Cependant, le juge qui n'a pas de conjoint ni d'enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucunes prestations ne seront payables en vertu du régime de rentes de survivants peut être exempté de participer à ce régime pendant les absences temporaires du travail de la présente section, selon les modalités déterminées dans la Directive concernant le régime de rentes de survivants.

REMARQUE

SSQ peut refuser toute demande de maintien d'assurance décrite à la section 7.13, sous réserve des dispositions décrites dans chaque paragraphe.

7.14 FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de tout juge prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle il cesse d'occuper une fonction de juge;
- la date de sa retraite;
- la date à laquelle il atteint l'âge de 70 ans;
- la date d'annulation du régime;
- la date de cessation du paiement des primes;
- l'âge de 68 ans dans le cas du régime obligatoire d'assurance salaire de longue durée, sauf pour les juges en période d'invalidité totale à cette date;
- la date de fin d'exonération des primes;

Si le juge est atteint d'invalidité totale avant d'atteindre l'âge de 68 ans, l'assurance se termine à l'âge de 70 ans. Par contre, s'il est atteint d'invalidité totale après l'âge de 68 ans, l'assurance se termine à la fin de la période d'assurance salaire de courte durée prévue aux avantages sociaux (104 semaines). Le juge peut alors adhérer au régime des juges retraités.

L'assurance du conjoint, d'un enfant à charge ou d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance du juge;
- la date à laquelle l'assuré cesse d'être un conjoint, un enfant à charge ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- la date de fin d'exonération des primes;
- la date de réception par l'employeur de la demande du juge signifiant son intention d'être dorénavant protégé selon un statut de protection monoparental ou individuel selon le cas;

- **6 mois après la date de décès du juge** (voir le point **7.15.4** ci-après).

7.15 PROLONGATION ET DROIT DE TRANSFORMATION

Pendant que le contrat est en vigueur, lorsqu'un juge cesse d'être admissible à l'assurance parce qu'il quitte son emploi, prend sa retraite ou atteint l'âge de 70 ans, sa protection au régime d'assurance vie (base et additionnelle) se prolonge pendant une période de 31 jours.

7.15.1 Régime obligatoire d'assurance vie de base du juge

Au cours de cette période de 31 jours, il peut obtenir sans preuve d'assurabilité de SSQ, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou temporaire échéant à l'âge de 65 ans, aux taux et conditions fixés par SSQ. Le montant de cette assurance ne peut excéder une (1) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un juge sans conjoint ni enfant à charge, ou deux (2) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un juge ayant un conjoint ou des enfants à charge.

Ce contrat individuel peut également inclure une garantie d'assurance mort ou mutilation accidentelle d'un montant n'excédant pas une (1) fois son traitement annuel.

7.15.2 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle du juge

Si le juge participe au régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le montant d'assurance peut être transformé en une protection d'assurance vie individuelle pour un montant équivalent à celui qu'il détenait avant la terminaison de son assurance.

Pour ce faire, le participant doit transmettre une demande écrite à SSQ au cours de la période de prolongation de 31 jours.

Le tableau suivant décrit les montants pouvant être obtenus en vertu du droit de transformation expliqué aux points **7.15.1** et **7.15.2** :

Droit de transformation (en unité de traitement annuel)		
MONTANT D'ASSURANCE VIE	DROIT DE TRANSFORMATION (1)	
	Sans conjoint ou enfant à charge	Avec conjoint ou enfant(s) à charge
1/2 fois (base)	1 fois	2 fois
1 fois (vie add.)	2 fois	3 fois
2 fois (vie add.)	3 fois	4 fois
3 fois (vie add.)	4 fois	5 fois

(1) *Ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans le régime des juges à la retraite.*

Note applicable aux points 7.15.1 et 7.15.2 :

Un juge qui devient admissible au régime des juges à la retraite lorsqu'il cesse d'être admissible au régime des juges actifs doit **obligatoirement** adhérer à la protection d'assurance vie **maximale** disponible dans le régime des juges à la retraite s'il désire **transformer la différence** en vertu du droit de transformation du régime des juges actifs. Donc, si un juge devient admissible au régime des juges à la retraite mais qu'il n'y adhère pas, ou qu'il y adhère mais pour une protection d'assurance vie inférieure au maximum permis, il ne pourra pas se prévaloir du droit de transformation décrit aux points **7.15.1** et **7.15.2** ci-dessus.

7.15.3 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge

Le montant d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévu au régime obligatoire d'assurance vie de base et le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint peuvent être transformés en une protection d'assurance vie individuelle et ce, sans preuve d'assurabilité dans le cas où le juge cesserait d'être admissible au régime.

Ce droit préserve l'assurabilité du conjoint et des enfants à charge en autant que le juge présente sa demande de transformation à SSQ dans les 31 jours suivant la cessation de sa participation.

7.15.4 Lors du décès du juge détenant un statut de protection familial ou monoparental

Le conjoint, les enfants à charge du juge et la personne atteinte de déficience fonctionnelle **continuent de bénéficiaire des garanties prévues** aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie et d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge ainsi que du régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle (s'il y a lieu) sans paiement de la prime **pour une période maximale de 6 mois** débutant à la date du décès du juge.

Après cette période de 6 mois, le conjoint et les enfants à charge peuvent se prévaloir du droit de transformation, prévu au point **7.15.3** pour les montants de protection d'assurance vie.

Relativement à la protection d'assurance accident maladie, elle peut être conservée, à l'exception des médicaments, dans un régime distinct qui leur est offert par SSQ sans preuve d'assurabilité et dont la prime est payable directement à SSQ selon les conditions en vigueur au moment de la demande. Cette demande pour le régime d'assurance accident maladie doit être présentée à SSQ dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la période de six (6) mois mentionnée précédemment. Au-delà de ce délai, aucune protection n'est disponible.

7.16 DISPOSITIONS EN VIGUEUR LORS D'UNE INVALIDITÉ

Lorsqu'un juge devient invalide, ce sont les dispositions du contrat en vigueur à la date de survenance de l'invalidité qui sont applicables pour les régimes obligatoires d'assurance vie de base et d'assurance salaire de longue durée.

Toute modification à ces régimes alors que le juge est invalide s'applique lorsqu'il se qualifie pour une nouvelle période d'invalidité au régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

Relativement au régime obligatoire d'assurance accident maladie et au régime facultatif d'assurance accident maladie additionnelle, les modifications s'appliquent dès leur date d'entrée en vigueur et ce, que le juge soit invalide ou non à cette date.

7.17 MONNAIE

Tous les montants prévus dans la présente brochure sont en monnaie du Canada.

7.18 RÉGIMES D'ASSURANCE DES JUGES À LA RETRAITE

7.18.1 Personne admissible

Le juge qui cesse d'être assuré en vertu des présents régimes parce qu'il prend sa retraite ou le juge invalide qui cesse d'être exonéré en raison de son âge devient alors admissible aux régimes d'assurance collective offerts aux juges qui prennent leur retraite.

7.18.2 Délai d'adhésion

L'assurance du juge admissible qui fait parvenir sa demande d'adhésion dans les délais décrits ci-dessous, débute à la date à laquelle il devient admissible.

a) Régime d'assurance vie

Lorsqu'un juge devient admissible au régime d'assurance vie des retraités, il doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent la date d'admissibilité en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des régimes d'assurance des juges à la retraite.

Le juge retraité qui ne transmet pas à SSQ sa demande d'adhésion au régime d'assurance vie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

b) Régime d'assurance accident maladie pour les retraités âgés de moins de 65 ans

Lorsqu'un juge devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, il doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des régimes d'assurance des juges à la retraite.

Si la demande d'adhésion **parvient** à SSQ **au-delà** de ce délai, la protection du régime d'assurance accident maladie ainsi que le paiement des primes sont rétroactifs à la date de son admissibilité sans jamais dépasser 12 mois et ce, aussi bien pour un statut de protection individuel que monoparental ou familial/couple. Les prestations pour cette période, sans jamais dépasser 12 mois, sont aussi remboursées rétroactivement.

De plus, ce juge devra payer la prime à la RAMQ pour la période qui n'est pas couverte par SSQ sans toutefois avoir droit au remboursement de médicaments pour cette même période. Nous vous rappelons que l'adhésion au régime d'assurance accident maladie est obligatoire en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

c) Régime d'assurance accident maladie pour les retraités de 65 ans ou plus

Lorsqu'un juge devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, il doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des régimes d'assurance des juges à la retraite.

Le retraité de 65 ans ou plus qui ne transmet pas à SSQ sa demande d'adhésion au régime d'assurance accident maladie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité, ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

Ces régimes d'assurance des juges à la retraite offrent des garanties d'assurance vie et d'assurance accident maladie. Pour une description complète de ceux-ci, nous vous invitons à consulter la brochure intitulée : RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE OFFERTS AUX RETRAITÉS DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC DU QUÉBEC.

8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 FRAIS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX

Dans le cas de frais hospitaliers au Canada, présentez votre carte d'assurance SSQ à l'hôpital.

8.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS

Deux modes de transmission de votre demande de prestations de médicaments à SSQ sont disponibles :

8.2.1 Par le biais du système ESI-CAPSS

Nous vous précisons que seuls les frais de médicaments peuvent être transmis à SSQ par le biais du système ESI-CAPSS.

Présentez votre carte plastifiée SSQ comportant le numéro ESI-CAPSS dans le coin supérieur droit au pharmacien. Sur présentation de votre carte, votre pharmacien validera immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement.

a) Médicament admissible

Vous devez payer à votre pharmacien la totalité du prix d'achat de votre médicament. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer, votre réclamation étant acheminée directement à SSQ par voie électronique.

Le pharmacien a l'obligation de vous facturer le prix usuel et coutumier, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

Lors de chaque transaction acceptée, le pharmacien vous remet un reçu confirmant la transmission de votre demande à SSQ de même que le coût du médicament. Le message « Transmis à l'assureur » apparaît alors sur ce reçu.

SSQ procède au remboursement de la réclamation à la première des éventualités suivantes :

- la somme des frais admissibles atteint 75 \$;
- il s'est écoulé 15 jours depuis que votre demande de prestations a été acheminée à SSQ par le système ESI-CAPSS;
- vous effectuez une demande de prestations pour une autre garantie d'assurance accident maladie (exemple : frais de physiothérapie).

b) Médicament non admissible

Si le médicament acheté n'est pas admissible à un remboursement, le pharmacien vous remet également un reçu sur lequel apparaît un message vous donnant la raison du refus.

c) Première utilisation

Si vous détenez un statut de protection familial ou monoparental, lors de la première utilisation de votre carte ESI-CAPSS pour un membre de votre famille, le pharmacien doit compléter votre dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne assurée. Nous vous invitons à fournir ces données à votre pharmacien s'il ne les a pas déjà inscrites à votre dossier. Celles-ci demeurent confidentielles. Une justification de l'âge peut être exigée par le pharmacien. Nous vous conseillons de présenter la « carte-soleil » de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

d) Enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement aux études à temps plein

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire. Le système ESI-CAPSS élimine l'obligation de remplir à chaque fois le verso du coupon de demande de prestations sur lequel cette déclaration est faite.

Néanmoins, cette déclaration doit être faite à SSQ une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que votre demande de prestations soit considérée directement en pharmacie. Nous vous invitons donc à nous faire parvenir, dûment complété, un formulaire de déclaration de fréquentation scolaire si vous avez des enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement.

8.2.2 Par la poste

Si vous ne pouvez utiliser votre carte ESI-CAPSS (perte, pharmacien non participant, etc.), effectuez votre demande de remboursement en utilisant le coupon d'expédition habituel attaché à votre certificat ou à votre relevé de comptes accompagnant votre dernier paiement de prestations. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à SSQ.

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom du juge, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament.

Les médicaments fournis par le médecin, là où cette pratique est permise par la loi, sont également payables sur présentation des reçus indiquant le nom et la quantité des médicaments.

8.3 AUTRES FRAIS DU RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

Tous les autres frais doivent être réclamés par la personne assurée directement à SSQ.

Nous vous suggérons d'envoyer **à tous les trois mois** l'original de vos factures acquittées. Les factures ne vous sont pas retournées. Veuillez donc en conserver des copies. **Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, incluant les reçus de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.** Notez que l'utilisation de votre carte ESI-CAPSS pour l'achat de vos médicaments assure que vos demandes de prestations sont présentées à temps.

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du coupon intitulé « coupon de demande de prestations ». Vous retrouvez ce coupon attaché à votre certificat ou à votre relevé de comptes accompagnant votre dernier paiement de prestations. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à l'adresse suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
C.P. 10500, Succursale Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec
G1V 4H6

8.4 FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE

Dans le cas d'un accident du travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la Commission de la santé et de la sécurité du Travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Ces comptes doivent être présentés à la CSST ou à la SAAQ et non à SSQ.

8.5 ASSURANCE VIE ET MMA (MORT OU MUTILATION PAR ACCIDENT) DU JUGE, DU CONJOINT ET DE LEUR(S) ENFANT(S) À CHARGE

Les formulaires de demande de prestations d'assurance vie ou en cas de mort ou mutilation par accident du juge s'obtiennent directement de SSQ. Cette demande doit être produite dans les 90 jours suivant l'événement.

8.6 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Les demandes de prestations d'assurance salaire de longue durée doivent être présentées chez SSQ dans les 90 jours qui précèdent la date à laquelle des prestations du régime d'assurance salaire de longue durée deviennent payables.

8.7 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

8.7.1 Assurance voyage avec assistance

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie voyage ne sont remboursés qu'après étude de la demande par les organismes gouvernementaux (RAMQ, SAAQ, etc.), le cas échéant.

Tous les frais couverts en vertu de la garantie peuvent être réclamés directement à CanAssistance, sur présentation de pièces justificatives jugées satisfaisantes par SSQ (factures, reçus, prescriptions, etc.).

8.7.2 Assurance annulation de voyage

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves suivantes :

- 1) titres de transport inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- 3) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'une compagnie accréditée dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à SSQ;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est consécutive à des raisons de santé, l'assuré doit fournir un certificat médical délivré par un médecin habilité à le faire et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou de l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;

- 5) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- 6) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- 7) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- 8) tout autre rapport exigé par SSQ permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

8.8 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ constitue un dossier d'assurance dans lequel sont consignés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ou toute autre personne que vous aurez autorisée, ont accès à votre dossier. Votre dossier est détenu au siège social de SSQ à Sainte-Foy.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à l'adresse indiquée à la section **8.3** du présent chapitre.

9- DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

9.1 ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

En fonction du statut de protection détenu (individuel, monoparental ou familial), l'assurance voyage protège le juge et, s'ils sont assurés, son conjoint et ses enfants à charge ou la personne atteinte de déficience intellectuelle.

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une **maladie subite et inattendue** survenus alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et que son état de santé nécessite des **soins d'urgence**. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

IMPORTANT

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 doit être sous contrôle avant le 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, quelques semaines avant votre départ, avec la firme d'assistance voyage (CanAssistance). 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. Les numéros de téléphone pour joindre CanAssistance apparaissent dans la présente brochure (section 9.2) et au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ.

L'assurance voyage protège le juge tant et aussi longtemps qu'il est protégé en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence (la RAMQ, par exemple).

Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais **d'hospitalisation** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels de **médecin** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les frais de transport en **ambulance** à l'hôpital le plus proche;
- les frais de **médicaments** qui exigent une prescription médicale;
- les honoraires d'**infirmier(ère)** privé(e) à l'hôpital, lorsque médicalement nécessaire, qui n'est ni parent(e), ni compagne ou compagnon de voyage de l'assuré. Ces frais sont limités à un remboursement maximal de 5 000 \$;
- les frais de traitements de **chiropraticien, podiatre et physiothérapeute**;
- les frais de location de **chaise roulante, lit d'hôpital et appareil d'assistance respiratoire**;
- les frais d'**analyses de laboratoire** et **radiographies**;
- les frais d'achat de **bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres** et **autres appareils orthopédiques**;
- les honoraires de **chirurgien dentiste** pour lésions accidentelles aux dents naturelles sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident, dans les 12 mois suivant l'accident;
- les frais de **rapatriement** de l'assuré hospitalisé dans sa province de résidence. Ces frais doivent être autorisés au préalable par SSQ (*);

- le coût du **transport aérien** aller et retour d'une **escorte médicale** en classe économique; l'autorisation préalable de SSQ (*) est requise;
- le **coût du retour**, par une agence commerciale, du **véhicule de l'assuré** loué ou non. Un certificat médical attestant l'incapacité de l'assuré est exigé. Remboursement maximal : 1 000 \$;
- en cas de décès de l'assuré, les frais pour la **préparation et le retour de la dépouille** (cercueil exclu) sont couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement de 5 000 \$ sous réserve de l'autorisation préalable de SSQ (*).
- les frais **d'hébergement et de repas** des assurés jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour et sujets à un maximum de 1 200 \$ par séjour pour l'ensemble des assurés si un retour est reporté à la suite d'une hospitalisation de 24 heures ou plus de l'un des assurés, d'un membre de la famille immédiate ou de la compagne ou du compagnon de voyage du juge;
- les frais de **transport d'un et d'un seul proche parent**, aller et retour, sous réserve d'un remboursement maximal de 2 500 \$, par séjour pour l'ensemble des assurés par le moyen le plus économique pour visiter les ou l'assuré hospitalisé depuis au moins 7 jours ou pour identifier les ou l'assuré décédé. La notion de proche parent inclut aussi un(e) ami(e) advenant le fait où l'assuré n'ait aucun proche parent. L'autorisation préalable de SSQ (*) est requise;
- services d'assistance voyage *ci-après*.

(*) Note : L'expression **autorisation préalable de SSQ** utilisée dans ce texte signifie SSQ ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de SSQ (voir la section **9.2** ci-dessous).

9.2 ASSISTANCE VOYAGE

La garantie d'assurance voyage comporte un volet spécial relatif à l'assistance voyage.

En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, chaque assuré a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée (CanAssistance) qui a conclu une entente à cet effet avec SSQ.

Si des soins médicaux ou hospitaliers d'urgence ou des services prévus par la garantie d'assurance voyage deviennent nécessaires, CanAssistance peut non seulement avancer des fonds exigés à cet égard, mais aussi intervenir pour aider l'assuré à être admis dans un centre hospitalier ou pour avoir accès aux divers services prévus par son régime d'assurance.

CanAssistance peut servir d'intermédiaire entre SSQ et l'assuré lorsque ce dernier est tenu, en vertu de la garantie d'assurance voyage, d'obtenir une « **autorisation préalable de SSQ** » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

Voici en détail les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus par CanAssistance, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements;
- si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée;
- si nécessaire, prendre des dispositions pour le retour des enfants à charge et de la personne atteinte de déficience fonctionnelle à leur domicile (frais de retour non compris);

- si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper;
- si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- servir d'interprète aux appels d'urgence;
- recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Ni SSQ, ni la compagnie d'assistance voyage CanAssistance 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 SSQ sans préavis.

Si l'assuré voyage ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est suggéré de communiquer avec CanAssistance avant son départ. Des conseils utiles pour sa santé peuvent lui être fournis.

Nous reproduisons ci-après les numéros de téléphone où le représentant de CanAssistance peut être rejoint.

A) **CANADA - ÉTATS-UNIS**

1 800 465-2928

B) **AILLEURS DANS LE MONDE**

(À FRAIS VIRÉS : (514) 286-8412)

L'assuré doit fournir son numéro de contrat apparaissant sur la carte plastifiée au moment de l'appel.

La carte plastifiée émise au juge par SSQ fournit également les numéros de téléphone précédents. Ces numéros apparaissent au verso de cette carte.

9.3 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

En fonction du statut de protection détenue, (individuel, monoparental ou familial), l'assurance annulation de voyage protège le juge et, s'ils sont assurés, son conjoint et ses enfants à charge ou la personne atteinte de déficience fonctionnelle.

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

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

- a) d'une **maladie** ou d'un **accident** qui empêche l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires ou un membre de la famille (voir la section **9.4** ci-après) de l'assuré de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation et l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) du **décès** du juge, de son conjoint, d'un enfant du juge ou de son conjoint, d'un compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) du **décès** d'un autre membre de la famille de l'assuré ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage de l'assuré (voir la section **9.4** ci-après) ou de la personne dont le juge ou son conjoint est liquidateur testamentaire si les funérailles ont lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- d) du **suicide** ou de la **tentative de suicide** d'un membre de la famille de l'assuré ou de la famille de son compagnon de voyage;
- e) **d'une maladie, d'un accident** ou **du décès** d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;

- f) du **décès** ou de **l'hospitalisation** d'urgence de l'hôte à destination;
- g) du **décès** d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- h) de la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à **agir comme membre d'un jury**, ou de **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 lorsque l'assuré intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;

- i) de la **mise en quarantaine** de l'assuré, sauf si cette dernière se termine plus de 7 jours avant la date prévue de départ;
- j) du **détournement de l'avion** à bord duquel l'assuré voyage;
- k) d'un **sinistre** rendant la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination inhabitable et survenant au cours des 7 jours précédant le voyage ou durant le voyage;
- l) du **transfert** de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- m) de **terrorisme** dans le pays où se rend l'assuré, dans la mesure où le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens, alors que les arrangements relatifs au voyage ont été convenus;

- n) d'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 3 heures avant le départ (2 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 2 dernières causes devant être appuyées par un rapport de police);
- o) des **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 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures) ou
 - ii) que l'assuré 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 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures);
- p) d'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;
- q) du **décès** ou de l'**hospitalisation** de la personne avec laquelle les arrangements pour une réunion d'affaires ont été préalablement pris. **Dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.**

9.3.2 Les frais admissibles sont limités à 5 000 \$ par assuré, par voyage et ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de l'assuré, soit :

a) En cas d'annulation avant le départ

- la portion non remboursable des frais de voyage engagés ou payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où le compagnon de voyage devrait annuler pour une des raisons mentionnées à la section **9.3.1** et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation (occupation simple) applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage engagés ou payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et **qu'il 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

- 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 pourrait 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, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ; **l'engagement de ces frais doit être, au préalable, autorisé par l'assureur (voir la section 9.2);**

Par contre, lorsque le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

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

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

d) Transport aller-retour

L'assurance annulation couvre les frais de transport par le moyen le plus économique, après l'autorisation préalable de SSQ (voir la section 9.2), pour que l'assuré revienne dans sa province de résidence et retourne à l'endroit où il était en voyage pour autant que la raison du retour découle :

- du décès ou de l'hospitalisation d'un membre de la famille proche de l'assuré, d'une personne dont l'assuré est le tuteur ou le liquidateur testamentaire;
- d'un sinistre rendant la résidence principale de l'assuré inhabitable ou causant des dommages importants à son établissement commercial.

9.4 DÉFINITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Dans la présente garantie, on entend par :

- 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;

- Assuré

Le juge, le conjoint et les enfants à charge ou la personne atteinte de déficience fonctionnelle protégés par la présente garantie;

- Compagnon de voyage

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

- Hôte à destination

La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination;

- Membre de la famille

Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru. Est également considéré comme membre de la famille, la personne dont le juge ou le conjoint est le tuteur légal.

- Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins;

- Frais de voyage engagés ou payés d'avance

Sommes déboursées par l'assuré 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. Sont également incluses les sommes déboursées par l'assuré pour des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par l'intermédiaire d'un agent de voyages, de même que les sommes déboursées par l'assuré pour son inscription à une activité à caractère commercial;

- Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures 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 d'au moins 72 heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

- 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 est prévue se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

Information

Ni SSQ, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des services de transport ou d'hébergement.

Pour joindre CanAssistance, appelez aux numéros indiqués à la section 9.2 et au verso de la carte plastifiée.

9.5 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION

9.5.1 Exclusions en assurance voyage et assistance voyage

La présente garantie ne couvre pas :

- les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
- les frais payables en vertu de toute loi sociale;
- les frais relatifs à un traitement facultatif et non urgent;
- les frais hospitaliers ou médicaux non assurés en vertu d'un régime provincial;
- les frais engagés à l'extérieur quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence de l'assuré sans danger pour la vie et la santé, sauf les frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence;
- les frais hospitaliers dans un hôpital pour malades chroniques ou un service similaire dans un hôpital public, dans des maisons de soins prolongés ou stations thermales.

9.5.2 Exclusions en assurance annulation de voyage

La présente garantie ne s'applique pas :

- 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;
- 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.

9.5.3 Exclusions communes à l'assurance voyage, l'assistance voyage et l'assurance annulation de voyage

Ces garanties ne couvrent pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- 1- le service actif dans les forces armées ou directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile déclaré

ou non au Canada ou dans un pays étranger où l'assuré voyage 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 l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada est par la suite émise pour autant que l'assuré prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais;

- 2- la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la participation ou la perpétration ou la tentative de perpétration de l'assuré ou de son compagnon de voyage d'un acte criminel;
- 3- de blessures que s'est infligées intentionnellement l'assuré, suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non;
- 4- l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
- 5- une participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané (deltaplane, parapente, etc.) de l'alpinisme, de saut en parachute ou de parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation, à titre de professionnel, à des activités sportives ou sous-marines;
- 6- la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

9.5.4 Limitations en assurance voyage et assistance voyage

- 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 diagnostic et traitement d'urgence, l'assuré aurait pu revenir dans sa province mais a choisi d'obtenir des services à l'extérieur, SSO n'assume pas le coût des services, traitements, chirurgies et autres frais.

- SSQ se réserve le droit de rapatrier l'assuré lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère SSQ quant aux frais engagés par la suite.
- Les prestations totales ne peuvent excéder 5 000 000 \$ par assuré, pour chaque séjour à l'étranger.

9.5.5 Limitations en assurance annulation de voyage

- 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 **SSQ doit en être avisé au même moment par CanAssistance aux numéros indiqués à la section 9.2.** La responsabilité de SSQ 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.
- Les voyages dont l'activité visée est la chasse ou la pêche sont exclus.

9.5.6 Coordination

Si un assuré 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 l'assuré 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; celle-ci ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance accident maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

TABEAU DES PRIMES DES RÉGIMES ASSURÉS PAR PÉRIODE DE 14 JOURS
En vigueur le 1^{er} janvier 2002

Régimes	Employeur	Juge	Total
Obligatoire de base d'assurance accident maladie			
- Statut individuel	30,31 \$	2,86 \$	33,17 \$
- Statut monoparental	52,68 \$	5,61 \$	58,29 \$
- Statut familial	86,16 \$	8,47 \$	94,63 \$
Facultatif d'assurance accident maladie			
- Statut individuel	0,41 \$	1,28 \$	1,69 \$
- Statut monoparental	0,81 \$	2,55 \$	3,36 \$
- Statut familial	1,22 \$	3,83 \$	5,05 \$
Obligatoire d'assurance vie de base			
- du juge	0,232 % du traitement	0,260 % du traitement	0,492 % du traitement
- du conjoint et des enfants à charge	0,134 % du traitement	—	0,134 % du traitement
- mort et mutilation par accident	0,030 % du traitement	—	0,030 % du traitement
TOTAL	0,396 % du traitement	0,260 % du traitement	0,656 % du traitement
Obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée	2,081 % du traitement	—	2,081 % du traitement

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

Régime	Employeur	Juge	Total en \$	Total en % du traitement (1)	Employeur	Juge	Total en \$	Total en % du traitement (1)	
	Fumeur				Non-Fumeur				
HOMMES (2)									
Facultatif d'assurance vie additionnelle du juge (Taux par 1 000 \$ de protection et en % du salaire)	- Moins de 30 ans	0,007 \$	0,035 \$	0,042 \$	0,109 %	0,004 \$	0,019 \$	0,023 \$	0,060 %
	- de 30 à 34 ans	0,007 \$	0,035 \$	0,042 \$	0,109 %	0,004 \$	0,019 \$	0,023 \$	0,060 %
	- de 35 à 39 ans	0,010 \$	0,051 \$	0,061 \$	0,159 %	0,006 \$	0,032 \$	0,038 \$	0,099 %
	- de 40 à 44 ans	0,015 \$	0,079 \$	0,094 \$	0,245 %	0,010 \$	0,051 \$	0,061 \$	0,159 %
	- de 45 à 49 ans	0,023 \$	0,120 \$	0,143 \$	0,373 %	0,017 \$	0,086 \$	0,103 \$	0,269 %
	- de 50 à 54 ans	0,039 \$	0,203 \$	0,242 \$	0,631 %	0,030 \$	0,155 \$	0,185 \$	0,482 %
- 55 ans et plus	0,061 \$	0,318 \$	0,379 \$	0,988 %	0,052 \$	0,272 \$	0,324 \$	0,845 %	
FEMMES (2)									
-	- Moins de 30 ans	0,004 \$	0,022 \$	0,026 \$	0,068 %	0,002 \$	0,012 \$	0,014 \$	0,036 %
	- de 30 à 34 ans	0,004 \$	0,022 \$	0,026 \$	0,068 %	0,002 \$	0,012 \$	0,014 \$	0,036 %
	- de 35 à 39 ans	0,007 \$	0,038 \$	0,045 \$	0,117 %	0,005 \$	0,025 \$	0,030 \$	0,078 %
	- de 40 à 44 ans	0,014 \$	0,073 \$	0,087 \$	0,227 %	0,009 \$	0,047 \$	0,056 \$	0,146 %
	- de 45 à 49 ans	0,018 \$	0,095 \$	0,113 \$	0,295 %	0,013 \$	0,069 \$	0,082 \$	0,214 %
	- de 50 à 54 ans	0,029 \$	0,152 \$	0,181 \$	0,472 %	0,022 \$	0,114 \$	0,136 \$	0,355 %
- 55 ans et plus	0,042 \$	0,221 \$	0,263 \$	0,686 %	0,036 \$	0,185 \$	0,221 \$	0,576 %	

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

(1) Pour une fois le traitement. Pour obtenir le taux de primes pour 2 ou 3 fois le traitement, il suffit de multiplier par 2 ou 3 les taux susmentionnés.

(2) Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge du juge prend effet le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.

Régime	Employeur	Juge	Total	Employeur	Juge	Total
	Fumeur			Non-Fumeur		
	HOMMES OU FEMMES (1)					
Facultatif d'assurance vie additionnelle du conjoint (Taux par 1 000 \$ de protection selon l'âge du juge)	- Moins de 30 ans	0,000 \$	0,031 \$	0,000 \$	0,017 \$	0,017 \$
	- de 30 à 34 ans	0,000 \$	0,031 \$	0,000 \$	0,017 \$	0,017 \$
	- de 35 à 39 ans	0,000 \$	0,046 \$	0,000 \$	0,027 \$	0,027 \$
	- de 40 à 44 ans	0,000 \$	0,077 \$	0,000 \$	0,046 \$	0,046 \$
	- de 45 à 49 ans	0,000 \$	0,117 \$	0,000 \$	0,077 \$	0,077 \$
	- de 50 à 54 ans	0,000 \$	0,157 \$	0,000 \$	0,108 \$	0,108 \$
	- de 55 à 59 ans	0,000 \$	0,234 \$	0,000 \$	0,172 \$	0,172 \$
	- de 60 à 64 ans	0,000 \$	0,371 \$	0,000 \$	0,296 \$	0,296 \$
	- 65 ans et plus	0,000 \$	0,519 \$	0,000 \$	0,439 \$	0,439 \$
				0,031 \$		
			0,031 \$			
			0,046 \$			
			0,077 \$			
			0,117 \$			
			0,157 \$			
			0,234 \$			
			0,371 \$			
			0,519 \$			

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

(1) Les taux sont établis en fonction des habitudes tabagiques (fumeur ou non-fumeur) du conjoint, mais selon l'âge du juge. Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge du juge prend effet le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.

CONSEILS D'AMI

- Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez SSQ.
- Le traitement ou le produit proposé représente une somme supérieure à 200 \$ et vous hésitez avant d'engager ces frais? Appelez SSQ.
- Pour les fins d'impôts, conservez le relevé de compte qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourraient servir à réduire votre revenu imposable.
- Pour les fins d'impôts, seul le Service des ressources humaines du ministère de la Justice ou de la municipalité concernée peut vous fournir le total des primes que vous avez versées en regard du régime d'assurance collective. Consultez la personne responsable des assurances au Service des ressources humaines.
- Savez-vous que, si vous êtes protégé en vertu de 2 régimes d'assurance collective, vous pouvez obtenir le remboursement complet de vos frais lorsque ceux-ci sont admissibles en vertu des 2 régimes? Présentez d'abord votre demande de prestations à l'assureur qui vous protège chez votre employeur principal. Sur réception du relevé de compte, produisez une photocopie de celui-ci à votre autre assureur, accompagné d'une copie de vos factures, et le remboursement de la différence vous parviendra.
- Vous avez perdu votre coupon de demande de prestations? Indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle.
- Utilisez en tout temps votre carte ESI-CAPSS et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance aux numéros indiqués au verso de votre carte plastifiée.



Siège social :

2525, boul. Laurier

Case postale 10500

Sainte-Foy QC G1V 4H6

Région de Montréal : (514) 223-2501

Région de Québec : (418) 651-2588

Ailleurs au Québec : 1 800 380-2588