



PROGRAMME
D'ASSURANCE COLLECTIVE

Brochure détaillée

IMPORTANT

Vous devez télécharger la brochure sur votre poste de travail et l'ouvrir au moyen d'un lecteur PDF. Certains navigateurs ne permettent pas d'afficher ce document correctement à l'écran si vous ne l'avez pas enregistré au préalable sur votre ordinateur.

Le titulaire du contrat d'assurance est le CENTRE D'ANIMATION, DE DÉVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE EN ÉDUCATION (CADRE) et la gestion du programme est offerte par la FEEP Service des assurances.

Cette brochure est produite à titre d'information et s'adresse aux assurés qui résident au Québec. Elle ne change en rien les dispositions et conditions du contrat.

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document ; elle désigne autant le féminin que le masculin.

v. 2024-02

Programme d'assurance collective de la FEEP

Introduction



Fonctionnement du programme



Tableau sommaire



Conditions générales



Soins médicaux



Urgence hors province et annulation de voyage



Soins dentaires



Invalidité



Assurance vie et assurance décès et mutilation accidentels (DMA)



Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF)



Demandes d'indemnités



Outils numériques

Avis

Introduction

La Fédération des établissements d'enseignement privés (FEEP) est fière d'offrir aux établissements participants un programme d'assurance collective flexible et compétitif.

Celui-ci a été conçu afin de vous permettre de choisir les protections convenant le mieux à votre situation familiale, à vos besoins et à leur évolution dans les différentes étapes de votre vie.

Le Programme d'assurance collective de la FEEP se compose de divers modules et vise à protéger votre sécurité financière en cas d'invalidité, de décès et lorsque des frais médicaux (incluant l'assistance médicale hors de la province de résidence) ou dentaires sont encourus.

Cette brochure décrit le fonctionnement du programme d'assurance collective en présentant l'ensemble des règles et modalités applicables. Elle résume les différents choix de modules offerts sous forme de sommaire et présente en détail chaque garantie.

En plus de la brochure, des guides et des capsules vidéos ont été développés pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement du programme d'assurance collective. Certains de ces documents peuvent être consultés à partir de la brochure en cliquant sur les liens disponibles à la fin des différentes sections sous **Informations supplémentaires**. Sachez également que tous les guides et capsules sont à votre disposition sous la section « Documentation » dans votre compte SARAF.



Fonctionnement du programme

Inscription à l'assurance

L'établissement procède à votre inscription au programme via le Système Administratif du Programme d'Assurance de la FEEP ([SARAF](#)). Par la suite, un courriel vous est acheminé afin que vous puissiez compléter votre adhésion en ligne. Vous devez ensuite compléter votre adhésion dans votre dossier SARAF¹. Si vous ne complétez pas votre adhésion dans les délais précisés dans le courriel, vous vous verrez attribuer les choix par défaut, tel que décrit dans les [Règles de participation](#) ci-contre.

Protections de base

Dès que vous êtes admissible, vous êtes automatiquement couvert pour un certain niveau de protection qui vous assure une sécurité financière (le « module de base² » offert par votre établissement), à moins que vous demandiez à être exempté pour la protection de soins médicaux et/ou pour la protection de soins dentaires. Consultez la section [Règles de participation](#) pour les modalités d'exemption.

Protections facultatives

Vous pouvez bonifier votre protection de base en choisissant, parmi une gamme d'options, le niveau de protection qui convient le mieux à vos besoins personnels.

Pour les protections de soins médicaux et soins dentaires, vous pouvez sélectionner un module plus généreux que celui de base choisi par votre établissement au moment de l'adhésion, de la réadhésion annuelle ou lors de certains événements de vie. Certaines restrictions peuvent s'appliquer (pour plus de détails, consultez la section [Modification de votre protection](#) de chaque garantie).

Pour les protections d'invalidité, vous pouvez souscrire des protections facultatives additionnelles lors de l'adhésion, de la réadhésion annuelle ou lorsque vous ajoutez une première personne à votre charge.

Pour les protections d'assurance vie et assurance décès et mutilation accidentels (DMA), vous pouvez souscrire des protections facultatives additionnelles, afin d'assurer encore plus votre sécurité financière en cas d'événement malheureux. Ces protections sont modifiables en tout temps (des preuves de bonne santé peuvent être requises).

Les protections facultatives entrent en vigueur lorsque vous y adhérez ou lorsque les preuves de bonne santé, le cas échéant, sont acceptées par l'assureur.

Pour vous aider à faire un choix éclairé qui correspond à vos besoins d'assurance, consultez l'[Outil d'aide - Est-ce que le module de base répond à vos besoins?](#)

Partage des coûts

Le partage du coût des protections de base entre vous et votre employeur vous sera communiqué par la direction de votre établissement.

Si vous optez pour une protection facultative additionnelle, vous devez en supporter le coût au moyen de retenues salariales.

¹ La marche à suivre pour compléter votre adhésion est décrite dans le [Guide de navigation – Adhésion](#)

² Les modules de base sont sélectionnés par votre établissement le 1^{er} janvier de chaque année (ou lors de l'adhésion de l'établissement au Programme d'assurance collective de la FEEP).



Règles de participation

- Les choix que vous faites au moment de votre adhésion au programme demeurent en vigueur pendant un an.
 - pour les employés activement au travail et les employés admissibles recevant des prestations d'invalidité, le renouvellement de l'adhésion se fait à l'automne de chaque année. Les choix que vous faites au moment de la réadhésion prennent effet le 1^{er} janvier suivant.
- Vous ne pourrez pas modifier vos choix avant la prochaine période de réadhésion, sauf si un événement de vie admissible survient.
 - les protections facultatives d'assurance vie et décès et mutilations accidentels peuvent cependant être modifiées en tout temps. Des preuves de bonne santé pourraient être requises, selon les modalités du programme.
- Les protections de soins médicaux et de soins dentaires sont dissociables. Vous pourriez donc choisir le module B pour les soins médicaux et le module C pour les soins dentaires, par exemple.
 - vous pouvez renoncer à la protection de soins médicaux et/ou à la protection de soins dentaires si vous bénéficiez de la protection d'un autre programme d'assurance collective (avec votre conjoint, par exemple). Vous devrez le déclarer dans SARAF.
- Certaines règles limitent les possibilités d'augmentation et de diminution de vos choix de modules. Consultez la section [Modification de votre protection](#) propre à chaque garantie.
- Si vous n'effectuez pas de choix lors de votre adhésion initiale au programme, vous vous verrez attribuer par défaut les modules de base offerts par votre établissement (couverture familiale en soins médicaux et individuelle en soins dentaires, le cas échéant) et aucune protection facultative.
- Si vous n'effectuez pas de choix au moment de la réadhésion annuelle au programme, vos choix de protections au dossier seront automatiquement reconduits, sauf si votre établissement décide de modifier son choix de module de base. Dans un tel cas, vous vous verrez attribuer les nouveaux modules de base choisis par l'établissement.

Événements de vie admissibles

Vous pouvez apporter certains changements³ lorsque survient l'un des événements suivants :

- Ajout d'un enfant ou d'un conjoint (nouvellement admissible ou naissance)
- Retrait d'un enfant ou d'un conjoint (n'est plus admissible ou décès)
- Changement important au régime d'assurance du conjoint
- L'enfant aîné atteint l'âge de 10 ans
- Le participant ou le conjoint atteint 65 ans

Informations supplémentaires

Capsules vidéos :

[Assurance ou budget – les objectifs de l'assurance collective](#)
[Renouvellement : Comment puis-je améliorer mes protections ?](#)

Guides et autres documents :

[Outil d'aide - Est-ce que le module de base répond à vos besoins?](#)
[Guide de navigation – Adhésion](#)
[Guide de navigation – Réadhésion](#)
[Guide de navigation – Événement de vie](#)

³ Le changement à vos protections peut s'effectuer dans les 31 jours suivant l'événement admissible.



Sommaire des protections



Soins médicaux

Vous pouvez augmenter la protection du module de base offert par votre établissement si vos besoins le requièrent.

Par exemple, si le module de base pour votre établissement est le module AB, vous pouvez choisir la protection supplémentaire du module B, C ou D (mais vous ne pourriez pas choisir le module A).

Vous pouvez modifier votre protection et celle des personnes à votre charge, le cas échéant, lors de la période de réadhésion annuelle ou lors d'événements de vie. Certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Vous devrez conserver un niveau de protection équivalent ou supérieur pendant un minimum de 3 ans, à moins que votre établissement ne modifie le régime de base. Après une rétrogradation, vous ne pourrez choisir un module supérieur avant 3 ans.



	module A	module AB	module B	module C	module D
FRANCHISE					
Médicaments sur ordonnance	Plafond annuel ⁴	5\$ / médicament ⁵	3\$ / médicament ⁵	Aucune	Aucune
Autres soins admissibles	Aucune				
REMBOURSEMENT					
Médicaments sur ordonnance	Tout médicament nécessitant une ordonnance et les vaccins de nature préventive ⁶				
- Médicaments admissibles	Tout médicament nécessitant une ordonnance et les vaccins de nature préventive	Médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ et vaccins de nature préventive ⁶	Tout médicament nécessitant une ordonnance et les vaccins de nature préventive		
- Jusqu'au plafond annuel ⁴	s. o.	70 %	80 %	85 %	90 %
- Une fois le plafond atteint ⁴	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Substitution générique	Obligatoire pour tous les modules (remboursement en fonction du coût de l'équivalent générique, lorsque disponible)				
Carte de médicaments	Paiement direct				
Hospitalisation (Dès le 1 ^{er} jour d'hospitalisation)	100 %, chambre semi-privée			100 %, chambre privée	
Soins d'urgence à l'étranger (Hors province ou hors Canada)	100 %, max. viager de 4 000 000\$				
Assistance voyage	Incluse, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7				
Annulation voyage	100 %, max. 5 000\$ par personne assurée, par voyage				

“ À moins d'indication contraire, les maximums indiqués dans le présent sommaire sont par personne assurée, par année civile.

⁴ Plafond annuel maximal des frais à la charge de l'assuré fixé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les frais encourus par les enfants à votre charge seront comptés dans le calcul de votre plafond annuel maximum. Un plafond annuel distinct s'applique pour votre conjoint, le cas échéant. Le remboursement des vaccins est toutefois limité au maximum de remboursement annuel.

⁵ La franchise par ordonnance ne s'applique pas aux vaccins de nature préventive.

⁶ La liste de la RAMQ consiste en la liste réglementaire de tous les formats des médicaments couverts par la RAMQ et est disponible au ramq.gouv.qc.ca.



Soins médicaux (suite)



	module A	module AB	module B	module C	module D
REMBOURSEMENT					
Spécialistes paramédicaux	80%				90%
Maximum par visite	Aucun				
Chiropraticien, ergothérapeute, physiothérapeute et thérapeute du sport	Max. combiné de 750\$	Max. combiné de 750\$	Max. combiné de 750\$	Max. combiné de 850\$	Max. combiné de 1 000\$
Audiologiste et orthophoniste	Max. combiné de 300\$	Max. combiné de 500\$	Max. combiné de 500\$	Max. combiné de 500\$	Max. combiné de 750\$
Acupuncteur, diététiste, massothérapeute, naturopathe, orthothérapeute, ostéopathe et podiatre	Max. combiné de 300\$	Max. combiné de 400\$	Max. combiné de 400\$	Max. combiné de 500\$	Max. combiné de 600\$
Psychoéducateur, psychologue, psychothérapeute et travailleur social	Max. combiné de 1 000\$	Max. combiné de 1 000\$	Max. combiné de 1 000\$	Max. combiné de 1 500\$	Max. combiné de 1 500\$
SOINS VISUELS					
Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	100%, max. 50\$ / 24 mois	100%, max. 50\$ / 24 mois	100%, max. 50\$ / 24 mois
Lunettes et lentilles	Non couvert	Non couvert	Non couvert	100%, max. 125\$ / 24 mois	100%, max. 200\$ / 24 mois
AUTRES FRAIS ADMISSIBLES					
Autres frais admissibles	80%	80%	80%	80%	90%
Frais raisonnables et courants	La présente garantie ne couvre pas la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants				
Fin de la protection	À la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première éventualité				



Sommaire des protections



Soins dentaires

La couverture offerte en soins dentaires dépend de la sélection effectuée par votre établissement parmi les trois options suivantes :

- Aucune protection de base
- Module de base obligatoire pour vous et les personnes à votre charge
- Module de base obligatoire pour vous seulement, facultatif pour les personnes à votre charge

Vous pouvez modifier votre protection et celle des personnes à votre charge, le cas échéant, lors de la période de réadhésion annuelle ou lors d'événements de vie. Certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Vous devrez conserver un niveau de protection équivalent ou supérieur pendant un minimum de 3 ans, à moins que votre établissement ne modifie le régime de base. Après une rétrogradation, vous ne pourrez choisir un module supérieur avant 3 ans.



Un Guide des tarifs des actes buccodentaires est publié tous les ans par l'association dentaire de votre province et sert de référence à votre dentiste pour établir le coût des soins dentaires.



	aucune protection de base X	module A		module B		module C	
PERSONNES ASSURÉES		Vous seulement	Personnes à charge admissibles	Vous seulement	Personnes à charge admissibles	Vous seulement	Personnes à charge admissibles
Franchise annuelle		50 \$	50 \$	25 \$	25 \$	25 \$	25 \$
Soins préventifs et restauration mineure (p. ex., nettoyage et obturations)	Lorsque votre établissement n'offre aucune protection de base, vous pouvez opter pour les modules B ou C seulement de façon facultative.	70 %		80 %		80 %	
Endodontie et parodontie (p. ex., traitement des gencives et traitement de canal)		50 %		80 %		80 %	
Restauration majeure (p. ex., couronnes, prothèses initiales, réparation de ponts fixes)		-		-		50 %	
Remboursement maximum		750 \$		1 000 \$		1 250 \$	
Examens de rappel		Tous les 9 mois (tous les 24 mois pour les enfants de moins de 10 ans)					
Guide des tarifs	Le remboursement des frais est calculé en fonction du Guide des tarifs de l'année en cours.						
Fin de la protection	À la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première éventualité						



Sommaire des protections



Invalidité

Les protections d'invalidité de courte durée (ICD) et de longue durée (ILD) sont indissociables; votre établissement sélectionne le même module de base pour les deux protections de remplacement de revenu. De plus, il est possible d'ajouter une protection facultative additionnelle de remplacement de revenu (pour les modules A et C seulement) et/ou l'indexation au coût de la vie (pour l'ensemble des modules).



	module A	module B	module C	module D	module E
INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD) DE BASE					
Protection (par semaine)	34,62 \$ + 40 % du salaire brut	75 % du salaire brut	55 % du salaire net	80 % du salaire net	90 % du salaire net
Montant maximum (par semaine)	3 000 \$		3 000 \$		
Délai de carence	7, 14 ou 30 jours, au choix de votre établissement		7, 14 ou 30 jours, au choix de votre établissement		
Durée de versement des prestations	52 semaines, moins le délai de carence		52 semaines, moins le délai de carence		
Prestations imposables	Oui		Non		
Fin de la protection	À la cessation d'emploi, à la retraite ou à l'âge de 65 ans, selon la première éventualité				
INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD) DE BASE					
Protection (par mois)	150 \$ + 30 % du salaire brut	70 % du salaire brut	50 % du salaire net	75 % du salaire net	90 % du salaire net
Montant maximum (par mois)	12 500 \$				
Délai de carence	52 semaines				
Durée de versement des prestations	Jusqu'au rétablissement, à 65 ans, à la retraite ou au décès, selon la première éventualité				
Fin de la protection	À la cessation d'emploi, à la retraite ou à l'âge de 65 ans, selon la première éventualité				
PROTECTIONS FACULTATIVES (ICD ET ILD)					
Protection additionnelle	20 % du salaire brut	Non offert	25 % du salaire net	Non offert	Non offert
Indexation au coût de la vie ⁶	Indice des prix à la consommation (IPC), max. 5% débutant le 1 ^{er} janvier suivant 3 ans d'invalidité				

⁶ Pour les modules A et C, la protection d'indexation au coût de la vie est disponible uniquement si vous avez sélectionné la protection additionnelle de remplacement de revenu.



Le délai de carence applicable est sélectionné par votre établissement.

Les protections des modules C, D et E doivent être payées entièrement par l'assuré puisque les prestations sont non imposables.



Sommaire des protections



Assurance vie⁷ et assurance Décès et Mutilation Accidentels (DMA)



Assurance vie

PROTECTION DE BASE

	module A	module B	module C	module D	module E
Personnes assurées	Vous seulement	Vous seulement	Vous seulement	Vous et les personnes à charge admissibles	Vous et les personnes à charge admissibles
Capital assuré	Vous: 10 000 \$	Vous: 25 000 \$	Vous: 1 x salaire	Vous: 2 x salaire Conjoint: 10 000 \$ Enfants à charge: 5 000 \$	Vous: 3 x salaire Conjoint: 10 000 \$ Enfants à charge: 5 000 \$
Maximum	Protection totale (base et facultative) limitée à 500 000 \$ pour vous				
Fin de la protection	À la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première éventualité				

PROTECTION FACULTATIVE

Personnes assurées	Vous et les personnes à charge admissibles				
Capital assuré	Vous: 1 à 25 tranches de 10 000 \$ Conjoint: 1 à 20 tranches de 5 000 \$ Enfants à charge: 1 à 20 tranches de 2 000 \$				
Maximum	Protection totale (base et facultative) limitée à 500 000 \$ pour vous				
Fin de la protection	À la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première éventualité				

Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

PROTECTION DE BASE

Personnes assurées	Vous seulement				
Capital assuré	10 000 \$	25 000 \$	1 x salaire	2 x salaire	3 x salaire
Maximum	500 000 \$				
Fin de la protection	À la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première éventualité				

PROTECTION FACULTATIVE

Personnes assurées	Vous et les personnes à charge admissibles				
Capital assuré	Vous: 1 à 25 tranches de 10 000 \$ Personnes à charge: Conjoint seulement: 60 % de votre capital assuré Enfants seulement: 20 % de votre capital assuré par enfant Conjoint et enfants: 50 % de votre capital assuré pour le conjoint, 10 % de votre capital assuré par enfant				
Fin de la protection	À la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première éventualité				

“

Les protections d'assurance vie et DMA de base sont indissociables; votre établissement sélectionne le même module pour les deux protections.

L'assurance DMA vous procure une protection en cas de décès par accident ou de blessure grave, comme la perte d'un membre, de la vue, de l'ouïe et/ou de la parole, à la suite d'un accident.

Si vous décédez à la suite d'un accident, le capital assuré est versé intégralement à votre bénéficiaire. En cas de blessure accidentelle, le montant qui vous est versé est en fonction de la nature de la blessure.

⁷ Vous pourriez avoir à soumettre des preuves de bonne santé, selon les modalités du programme. Référez-vous à la section **Assurance vie et assurance décès et mutilation accidentels** sous **Protections facultatives** pour plus de détails.



Conditions générales

Admissibilité

Pour être admissible au Programme d'assurance collective de la FEED, vous devez répondre à la définition de **salarié ou employé actif** et aux critères établis par votre établissement à l'égard des facteurs suivants : période d'attente, corps d'emploi admissibles, statuts d'emploi admissibles et proportion de tâche minimale.

Votre participation au programme est obligatoire et vous devenez admissible le jour où vous répondez à ces critères. La protection de vos personnes à charge, s'il y a lieu, commence en même temps que la vôtre ou à l'addition de celles-ci.

Durant la période d'attente, s'il y a lieu, vous et vos personnes à charge devez être inscrits à l'assurance médicaments offerte par le régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à moins que vous ne soyez assurés par un autre régime collectif. Lorsque vous devenez admissible au Programme d'assurance collective de la FEED (soit après la période d'attente, s'il y a lieu), vous devrez terminer votre protection, et celles de vos personnes à charge à l'assurance médicaments de la RAMQ.

Un salarié de 65 ans et plus, qui est effectivement au travail et qui est retraité en vertu d'un régime de retraite et qui est admissible aux garanties obligatoires du présent programme, pourra y renoncer, par écrit et de façon irrévocable, dans les 60 jours de son embauche ou de sa réembauche à la suite de sa retraite.

Définitions

Statuts d'emploi

Salarié à temps plein : Tout employé actif membre du personnel permanent et régulier à temps plein.

Salarié à temps partiel : Tout employé actif à temps partiel régulier, engagé pour une tâche de travail correspondant à un minimum de 40 % d'une tâche à temps plein selon les normes de l'établissement pour lequel il travaille ou selon les normes de son contrat de travail.

Salarié contractuel : Tout employé actif ayant le statut de remplaçant (p. ex., remplacement de congé de maternité) ou au contrat pour une durée déterminée, et effectuant une tâche de travail correspondant à un minimum de 40 % d'une tâche à temps plein selon les normes de l'établissement pour lequel il travaille ou selon les normes de son contrat de travail.

Salarié occasionnel : Tout employé actif embauché à la session (applicable au niveau collégial).

Ces définitions, au regard du statut d'emploi, sont sujettes à concordance avec la politique institutionnelle, ou toute autre entente en vigueur appliquée uniformément.

Par **salarié ou employé actif**, on entend toute personne (y compris un membre d'une communauté religieuse) qui est effectivement au travail à temps plein, à temps partiel, sur une base contractuelle ou sur une base occasionnelle pour l'employeur et qui touche régulièrement un salaire pour ses services ainsi que tout membre permanent d'une fondation liée à un établissement d'enseignement privé assuré en vertu du programme d'assurance collective et qui travaille un minimum de 30 heures par semaine pour cette fondation.

Des conditions particulières s'appliquent lors de certaines absences ou situations particulières (voir sections **Maintien des garanties durant une absence au travail** et **Situations particulières** ci-dessous).

Par **effectivement au travail**, on entend l'état d'un participant qui est capable d'effectuer les travaux relatifs à son occupation et qui est effectivement au travail à temps plein ou correspondant à 40 % d'une tâche à temps plein **selon les normes de l'établissement pour lequel il travaille ou selon les normes de son contrat de travail**. Le travail doit être exécuté à la place d'affaires régulière de l'employeur, ou à tout autre endroit hors de sa résidence où il doit se rendre pour accomplir une tâche spécifique découlant de son occupation.

Par **participant**, on entend tout salarié qui est assuré en vertu du programme d'assurance collective.

Par **période d'admissibilité (période d'attente)**, on entend la période continue pendant laquelle le salarié doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

Définitions des personnes à charge

Les personnes à votre charge sont votre conjoint ou vos enfants ou ceux de votre conjoint, pris individuellement ou collectivement, selon le cas. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes « conjoint » et « enfant » sont définis ainsi :

Conjoint : La personne avec qui vous êtes liée par un mariage ou une union civile ou la personne que vous désignez et que vous présentez publiquement comme votre conjoint et avec qui vous cohabitez en permanence depuis au moins un an, ou moins, si un enfant est issu de votre union.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de conjoint.

Si d'après cette définition, vous avez plus d'un conjoint, le terme « conjoint » désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de conjoint.

Enfant : Tout enfant non marié ou de votre conjoint, qui s'en remet entièrement à vous pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

- Être âgé de moins de 21 ans ou
- Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue ou
- Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu des deux points ci-dessus

Définition de salaire annualisé

Salaire : La rémunération normale de base que l'employeur verse au participant à l'exclusion de tout boni, de toute commission ou de tout temps supplémentaire.

Certaines protections sont fondées sur le salaire annualisé du participant, soit le salaire de l'employé en fonction de l'horaire qui lui est attribué et en présumant qu'il travaille pour une période de 12 mois.

Exemples :

- Employé gagnant 50 000\$ par an versé de septembre à juin (sujet à la désactivation estivale), soit une période de 10 mois :
 - Déclarer un salaire annualisé de 60 000\$ = 50 000\$ x 12 ÷ 10
- Employé gagnant 30 000\$ par an versé sur 12 mois pour son poste de 3 jours par semaine (ou 60 % de tâche) :
 - Déclarer un salaire annualisé de 30 000\$

Cette annualisation correspond au fait que la tarification et les primes payées sont calculées à partir du salaire déclaré. Advenant une demande de prestations pour invalidité ou de décès, le calcul de la prestation s'effectue selon le même principe, en prenant le salaire déclaré, lequel devrait correspondre au salaire annualisé afin d'offrir la bonne prestation et le bon remplacement de revenu.

La déclaration du salaire sous forme annualisée constitue une donnée essentielle et obligatoire.





Maintien des garanties durant une absence au travail

Durant une invalidité, lorsque vous recevez des prestations d'invalidité

Les garanties sont maintenues, pourvu que le lien d'emploi soit maintenu par l'employeur, et les primes sont exigibles, sauf pour les garanties pour lesquelles une exemption de participation a été déclarée dans SARAF.

De plus, à compter du 1^{er} du mois suivant la dix-huitième semaine d'invalidité reconnue par l'assureur, les primes afférentes à la garantie vie, DMA et invalidité seront exonérées. Les primes pour les garanties de soins médicaux et de soins dentaires demeurent exigibles s'il n'y a pas d'exemption de participation déclarée dans SARAF.

Durant un congé autorisé (avec ou sans solde), de maternité, parental ou préventif (CNESST)

Le Programme d'assurance collective de la FEFP prévoit le maintien de toutes les garanties que vous détenez au moment de votre départ, et ce, avec paiement des primes selon l'entente prévue avec votre établissement. Si vous devenez invalide durant un tel congé, votre demande d'indemnisation sera considérée comme si votre invalidité avait commencée à la date prévue de votre retour au travail.

Toutefois, dans le cas d'un congé autorisé, avec ou sans solde, vous pourriez choisir de maintenir seulement la garantie des soins médicaux (incluant notamment l'assurance médicaments, l'assistance hors de la province en cas d'urgence et l'annulation voyage) en complétant le formulaire prévu à cet effet dans les 31 jours suivant la date de début de votre congé autorisé. Votre répondant administratif vous remettra le formulaire sur demande de votre part.

Si vous choisissez de maintenir seulement la garantie des soins médicaux, votre choix s'appliquera pour toute la durée du congé, et aussi longtemps que vous continuez d'être admissible en vertu du présent programme d'assurance collective. À votre retour au travail, toutes les garanties détenues avant votre congé autorisé seront automatiquement remises en vigueur. De plus, il est important de noter que lorsque les garanties d'invalidité ne sont pas maintenues pendant un congé autorisé, aucune invalidité survenant durant cette période ne sera reconnue en vertu du présent programme.

La durée maximale consécutive de maintien des assurances lors de congés ne peut excéder 24 mois pour tout congé confondu. Cette restriction ne s'applique toutefois pas si le nouveau congé est un congé de maternité, paternité ou parental. Selon le type de congé et la durée de celui-ci, l'approbation de la FEFP pourrait être requise.

Toute personne assurée qui prévoit s'absenter hors de sa province de résidence pour un congé autorisé, avec ou sans solde, pour une période durant laquelle la personne assurée ne sera plus admissible au régime d'assurance maladie de sa province de résidence doit au préalable aviser la FEFP de ce séjour puisque la garantie soins médicaux ne pourra être maintenue durant cette période.

Durant un congé préventif, les garanties en vigueur avant le début du congé sont également maintenues avec paiement des primes, y compris l'invalidité.



Situations particulières

Établissement nouvellement dans le Programme d'assurance collective de la FEFP

Si vous êtes invalide au moment où votre établissement adhère au Programme d'assurance collective de la FEFP, vous devez adhérer à la protection de base de soins médicaux et/ou dentaires sélectionnés par votre établissement, à moins de déclarer une exemption tel que décrit aux sections **Droit d'exemption des soins médicaux** et **Droit d'exemption des soins dentaires**. Cependant, si vous n'avez pas été assuré en vertu d'un régime d'assurance collective comparable, offert par votre employeur, le jour précédant l'adhésion de votre établissement au Programme d'assurance collective de la FEFP, vous ne pourrez adhérer au programme qu'à la date de votre retour au travail.

Les employés en congé autorisé, avec ou sans solde, auront toutes les protections de base et facultatives selon les modules choisis par leur établissement, pourvu qu'ils soient assurés sous les régimes en vigueur dans leur établissement la journée précédant l'adhésion de l'établissement au Programme d'assurance collective de la FEFP. L'assurance invalidité sera maintenue avec paiement de primes ; cependant, toute invalidité qui commence pendant le congé autorisé sera réputée avoir débuté à la date prévue du retour au travail.

Réduction de tâche temporaire

(Ne s'applique pas aux employés ayant un statut d'emploi à temps partiel, contractuel ou occasionnel)

Pour être admissible au maintien de votre niveau de protection en fonction de votre plein salaire pendant une réduction de tâche temporaire, vous devrez préalablement avoir travaillé à au moins 100 % de vos tâches régulières de travail pendant une période de 24 mois consécutifs. Le maintien du niveau de protection pourra être accordé pour une période maximale de 24 mois consécutifs avec paiement de primes sur la base du salaire à temps plein.

Votre répondant administratif devra créer dans SARAF un événement « Réduction de tâche temporaire » avant le début de la réduction de votre tâche.

Assurance vie de base et assurance vie facultative du participant

En cas de réduction de tâche temporaire, vous maintiendrez votre capital assuré (assurance vie de base et facultative du participant) durant toute la période.

Assurance salaire de courte et de longue durée

En cas d'invalidité pendant la période de tâche réduite, la prestation d'invalidité sera basée sur le salaire réduit jusqu'à la date prévue de retour au travail à temps plein. Par la suite, le plein salaire sera utilisé.

En cas de retour au travail à temps plein hâtif au cours de la période prévue de réduction de tâche, la date de retour prévue initialement sera maintenue aux fins du paiement des prestations d'invalidité jusqu'à ce que vous ayez travaillé à temps plein pour une période de 30 jours de calendrier. Après ce délai, la prestation sera basée sur le plein salaire.

Départ progressif à la retraite

Retraite Québec (RREGOP ou RRE ou RRCE ou RRPE selon le cas) prévoit, sous certaines conditions, que les employés admissibles à un programme de départ progressif et qui en font la demande peuvent continuer à cotiser au RREGOP, RRCE, RRE ou RRPE sur la base d'un salaire pour un emploi à temps plein au lieu du salaire réellement gagné, et ce, jusqu'à la date effective de retraite.

Si vous participez à ce programme de départ progressif de Retraite Québec, vous pouvez maintenir votre protection actuelle d'assurance vie de base et facultative sur la base d'un salaire à temps plein, au lieu du salaire réellement gagné. Si une invalidité survient durant votre retraite progressive, la prestation d'invalidité sera basée sur le salaire réellement gagné. Les prestations cesseront à la date prévue de votre retraite. Un événement « Départ progressif à la retraite » devra être créé dans SARAF par votre répondant administratif dans les 31 jours suivant la date de départ progressif à la retraite.



Soins médicaux

Un tableau sommaire des caractéristiques de chacun des modules figure au début de la brochure.

Pour être admissible à cette garantie, vous devez bénéficier d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de votre province de résidence.

Protection de base

La protection de base (le module) en vigueur est indiquée dans votre compte SARAF (section « Mes choix »).

Vous devez adhérer à la protection de base à moins de déclarer une exemption tel que décrit ici-bas sous **Droit d'exemption**.

Protections facultatives

Les protections facultatives vous permettent de bonifier la protection de base si vos besoins le requièrent (p. ex., si la protection de base pour votre établissement est le module AB, vous pouvez choisir la protection supplémentaire du module B, C ou D).

Vous trouverez les tarifs de la protection de base et des protections facultatives dans votre compte SARAF (section « Mes choix »).

Droit d'exemption

Vous pouvez demander de ne pas participer à la protection de base de soins médicaux si vous, ou votre conjoint, êtes couverts par un autre régime d'assurance collective prévoyant une protection pour les soins médicaux.

Veillez noter qu'au Québec, vous êtes dans l'obligation d'assurer vos personnes à charge admissibles (conjoint et enfants), le cas échéant, sauf si celles-ci sont couvertes par un autre régime collectif. Cette obligation découle de la Loi sur l'assurance médicaments qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 1997 et qui prévoit que toute personne admissible à un régime collectif doit y participer.

Important: Vous devez déclarer toutes vos personnes à charge dans votre compte SARAF, même si leur couverture sera exemptée.

Options de couverture

Voici les options de couverture offertes pour un participant ayant des personnes à charge :

- Choisir une couverture individuelle (employé seulement) si votre conjoint et vos enfants sont assurés par un autre régime collectif
- Choisir une couverture monoparentale (employé/enfants) si votre conjoint est assuré par un autre régime collectif ou si vous êtes sans conjoint
- Choisir une couverture couple (employé/conjoint) si vous êtes sans enfant ou s'ils sont assurés dans un autre régime collectif
- Choisir une couverture familiale
- Choisir de ne pas être assurés si vous, votre conjoint et vos enfants sont assurés par un autre régime collectif

La protection pour vos personnes à charge admissibles sera la même que celle dont vous bénéficiez.

Demande d'exemption

Toute demande d'exemption, que ce soit pour vous-même ou vos personnes à charge, doit être déclarée dans votre compte SARAF.

Vous n'aurez pas à fournir de pièces justificatives à la FEEP Service des assurances, mais nous nous réservons le droit de faire des vérifications aléatoires.

Il est important que vous conserviez la pièce justificative à l'appui de votre demande.

Si vous et/ou vos personnes à charge cessez d'être couverts par un autre régime d'assurance collective (p. ex., votre conjoint perd ses assurances, change d'emploi ou à la suite d'une séparation), vous devez déclarer cet événement dans votre compte SARAF **au plus tard dans les 31 jours suivant cet événement**, sinon vous commettez une infraction à la Loi sur l'assurance médicaments. Ceci annulera la demande d'exemption.

Modification de votre protection

Réadhésion annuelle

Si vous êtes activement au travail ou si vous recevez des prestations d'invalidité et êtes admissible au Programme d'assurance collective de la FEEP, vous pouvez modifier votre protection et celle des personnes à votre charge, le cas échéant, lors de la période de réadhésion annuelle. Cependant, certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Aucune modification n'est permise lors d'un congé autorisé, à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEEP Service des assurances).

Événements de vie

Certaines modifications à votre couverture sont permises en cours d'année en cas d'événement de vie. Cependant, certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Vous avez 31 jours pour déclarer un événement de vie, sans quoi vous devrez attendre la prochaine période de réadhésion annuelle.

Voici une liste des différents événements de vie pouvant affecter votre situation et les modifications possibles dans chaque cas :

- Ajout d'un enfant ou d'un conjoint (nouvellement admissible):
 - modification de la composition familiale (soit, couverture individuelle, couple, monoparentale, familiale ou exempté)
 - bonification de vos protections facultatives (uniquement lors de l'ajout d'une première personne à charge)
- Retrait d'un enfant ou d'un conjoint (n'est plus admissible ou décès):
 - modification de la composition familiale
 - réduction de vos protections facultatives (certaines restrictions peuvent s'appliquer)
- Changement important au régime d'assurance du conjoint:
 - modification de la composition familiale

Restrictions

Vous devrez conserver un niveau de protection équivalent ou supérieur pendant un minimum de 3 ans, à moins que votre établissement ne modifie le régime de base. Après une rétrogradation, vous ne pourrez choisir un module supérieur avant 3 ans.

Aucune modification de vos protections facultatives n'est permise lors d'un congé autorisé, à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEEP Service des assurances).





Définitions

Franchise : La franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la personne assurée. Le montant de la franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au tableau sommaire.

Remboursement : Le remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la franchise applicable. Ce pourcentage est indiqué au tableau sommaire.

Coassurance : La coassurance est la proportion du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la personne assurée, jusqu'à concurrence de la contribution maximale.

Contribution maximale : La contribution maximale correspond au montant total assumé par une personne assurée (franchise et coassurance des frais non remboursés) au-delà duquel le coût des médicaments admissibles, selon le module applicable, est remboursé à 100 % pour le reste de l'année civile. Le montant de la contribution maximale est défini par la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* et révisé annuellement. La contribution maximale du participant inclut les frais assumés pour ses enfants à charge. Un montant distinct de contribution maximale s'applique au conjoint admissible. Les vaccins de nature préventive ne sont toutefois pas remboursés au-delà de leur maximum de remboursement annuel.

Médicament (d'origine ou générique) : S'il est fait mention de ces deux types de médicament, le médicament d'origine désigne le premier médicament développé et mis sur le marché. Le médicament générique désigne toute reproduction d'un médicament d'origine.

Frais admissibles

Frais hospitaliers

- Dans la province de résidence, frais d'hospitalisation de courte durée pour une chambre semi-privée ou privée, selon le module choisi, jusqu'à concurrence du montant reconnu par la loi provinciale d'assurance hospitalisation.
- Hors de la province de résidence, frais d'hospitalisation engagés en cas d'urgence seulement, jusqu'à concurrence du montant habituel et raisonnable dans la région avoisinante pour une chambre semi-privée ou privée, selon le module choisi, en excédent de tout montant remboursé par le régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence.
- Dans la province de résidence, centre de réadaptation légalement reconnu comme tel par la loi provinciale d'assurance hospitalisation, pour une durée maximale de 90 jours pour chaque maladie ou blessure accidentelle et jusqu'à concurrence du maximum reconnu dans la province de résidence, selon le module choisi.

Les frais d'hospitalisation de longue durée ne sont pas admissibles.

Médicaments

La protection offerte dans la présente garantie est conforme aux dispositions pertinentes de la Loi sur l'assurance médicaments et du tableau sommaire.

Toute modification à la Loi sur l'assurance médicaments touchant le Régime général d'assurance médicaments du Québec modifiera également les dispositions pertinentes de la présente garantie.

Les médicaments nécessitant une ordonnance ou les médicaments prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments ainsi que les vaccins de nature préventive qui sont admissibles selon le module choisi.

Modules A, B, C et D

Les personnes assurées en vertu des modules A, B, C et D ont droit au remboursement des médicaments nécessitant une ordonnance. Seuls les médicaments ou drogues qui portent un numéro d'identification selon les lois fédérale et provinciale et pouvant être dispensés uniquement par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments sont admissibles.

Les vaccins de nature préventive sont couverts jusqu'à un maximum de remboursement annuel de :

- Module A : 500\$ par année civile
- Modules B et C : 750\$ par année civile
- Module D : 1 000\$ par année civile

Module AB

Les personnes assurées en vertu du module AB ont droit au remboursement des médicaments énumérés dans la [liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec](#) qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits sous convention énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec tels que, mais non limités, aux médicaments d'entretien pris sur une base quotidienne, durant une période prolongée, pour le traitement d'un problème de santé continu, tels que les médicaments pour le traitement de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du taux de cholestérol élevé, pourvu qu'ils soient prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire de tels médicaments et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.

Les vaccins de nature préventive sont couverts jusqu'à un maximum de remboursement annuel de 500\$ par année civile.

L'équipement indiqué dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec et lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

Certains médicaments devront être préautorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la personne assurée devra demander à son médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament.

L'assureur se réserve le droit d'exclure la couverture de n'importe quel médicament lorsqu'il détermine, à sa seule discrétion, que ce médicament cause ou pourrait causer un changement significatif dans le risque assuré en vertu du Programme d'assurance collective de la FEEP ou un changement significatif en général dans le risque pour l'assureur.

Si le médicament est un médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament interchangeable le moins cher. Cependant, si la personne assurée fournit des preuves satisfaisantes à l'assureur indiquant que, pour une raison médicale valable confirmée par son médecin traitant, elle doit prendre le médicament d'origine, l'assureur effectuera le remboursement en fonction du coût du médicament prescrit admissible.

Comme il est stipulé ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- Un médicament de relais pour le médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi ou
- Un produit biologique ultérieur





Autres frais admissibles

Les frais admissibles aux fins du calcul du montant remboursable, engagés au Canada, autres que ceux engagés en raison d'une urgence hors de la province de résidence, doivent avoir été engagés alors que la personne assurée bénéficiait d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Les frais admissibles engagés en cas d'urgence, s'ils sont rendus nécessaires à la suite d'une urgence de nature médicale qui survient alors que la personne assurée est hors de sa province de résidence. Par contre, si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale doit survenir durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement. Les frais engagés en cas d'urgence doivent avoir été engagés alors que la personne assurée bénéficiait d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Les services et les équipements suivants reçus en raison d'une urgence médicale seront couverts :

- Les soins reçus d'un médecin
- L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Hospitalisation dans la province de résidence
- Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation
- Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire
- Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation
- Les fournitures et les services fournis en clinique externe
- Les médicaments
- Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital
- Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis

Pour les services paramédicaux, les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la personne assurée le seront s'ils ont été fournis à l'extérieur de la province de résidence en raison d'une urgence médicale.

Restrictions quant aux frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence

Si la personne assurée doit être hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation.

Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'urgence médicale.

De plus, si, lors d'une urgence médicale, l'assureur est d'avis que la personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne remboursera par la suite aucuns frais engagés par la personne assurée en raison de l'urgence médicale.

Aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour les frais engagés à la suite d'une urgence médicale si :

- L'état de santé de la personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute et
- L'urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé

L'assureur détermine ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :

- L'état de santé
- Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation
- L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé
- Un changement de médication ou de traitement médical
- Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé dans une période de 90 jours précédant cette absence.

Toute personne assurée qui prévoit s'absenter hors de sa province de résidence pour un congé autorisé, avec ou sans solde, pour une période durant laquelle la personne assurée ne sera plus admissible au régime d'assurance maladie de sa province de résidence doit au préalable aviser la FEOP de ce séjour puisque la garantie **Soins médicaux** ne pourra être maintenue durant cette période.

Les services, soins et traitements suivants prescrits au préalable par un médecin :

- Services d'un(e) infirmier(ière) licencié(e) à domicile, jusqu'à un remboursement de 25 000\$ par période de 12 mois consécutifs, par personne assurée
- Les soins suivants qui sont engagés dans les 30 jours suivant une intervention en milieu hospitalier, une chirurgie d'un jour ou une hospitalisation :
Services d'aide à domicile :
 - d'un(e) infirmier(ière) auxiliaire
 - d'une assistance pour besoin d'hygiène, d'alimentation et d'habillement
 - d'accompagnement à des rendez-vous médicaux
 - les services rendus par le fournisseur doivent l'être au domicile de la personne assurée et le fournisseur ne doit pas être un membre de la famille immédiate de la personne assurée et ne doit pas habituellement résider avec elle

Les frais de séjour dans une maison de convalescence :

- séjour temporaire dans une maison habilitée à rendre les services médicaux requis, ayant sur place des infirmiers(ières) licenciés(ées) de façon continue et la visite organisée de médecins rattachés à cette maison

Les frais de transport :

- les frais de transport de la personne assurée afin de recevoir des soins médicaux ou d'assurer un suivi médical consécutif à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour, jusqu'à concurrence de 3 déplacements (aller et retour) par semaine

Les frais couverts sont :

- le coût du déplacement en transport en commun ou en taxi, ou
- le coût d'une automobile privée (0,25\$ du kilomètre) plus les frais de stationnement
- le coût du déplacement en transport médical ou adapté reconnu, si la personne assurée ne peut se déplacer en auto ou en transport en commun, à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur

Le maximum de remboursement des services à domicile, des frais de transport et des frais de séjour dans une maison de convalescence sont remboursés selon un maximum de 75\$ par jour et de 1 000\$ par événement, par personne assurée.





- Frais pour les examens de laboratoires et les services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic, autres que les frais de radiographies d'un chiropraticien ou d'un podiatre, jusqu'à un remboursement de 500\$ (modules A et AB) ou 750\$ (modules B et C) ou 1 000\$ (module D) par année civile, par personne assurée, pourvu que :
 - la couverture de ces examens et services ne soient pas interdite par une législation provinciale
 - les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services et
 - les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic d'une maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu
- Coût de glucomètres lorsque la personne assurée est insulinodépendante
- Coût de bas de soutien, jusqu'à concurrence de 4 paires par année civile, par personne assurée
- Coût des injections sclérosantes pour le traitement des varices, jusqu'à un remboursement de 20\$ par visite, y compris les honoraires du médecin
- Coût des chaussures orthopédiques ou des chaussures profondes lorsque prescrites par un médecin, un podiatre, un chiropraticien ou un podologue et achetées dans un magasin spécialisé à cette fin, jusqu'à un maximum de 200\$ par année par personne assurée :
 - sont considérées comme chaussures orthopédiques les chaussures fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande
 - sont considérées, les chaussures profondes conçues de façon à recevoir une orthèse podiatrique
 - l'assureur se réserve le droit de demander l'examen biomécanique afin de valider la pertinence de la prescription
- Coût des dispositifs dans les cas de colostomie
- Coût des appareils auditifs et de leur ajustement, jusqu'à un remboursement de 400\$ par période de 24 mois, par personne assurée
- Frais de transfusion sanguine et de plasma sanguin
- Frais de pansements, d'attelles, de plâtres, de bandages herniaires et de corsets orthopédiques
- Oxygène et location d'appareils en vue de son administration
- Coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse podiatrique ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle
- Achat initial et remplacement de membres artificiels et de prothèses oculaires
- Location, réparation ou achat, approuvé préalablement par l'assureur, d'orthèses ou d'appareils orthopédiques (autres que des souliers orthopédiques et d'orthèses podiatriques) qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie
- Location ou achat, approuvé préalablement par l'assureur, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, de béquilles et de tout autre équipement thérapeutique ou appareil médical
- Achat de prothèses mammaires suite à une mastectomie, jusqu'à un remboursement de 200\$ par période de 24 mois consécutifs, par personne assurée
- Soins dentaires (s'ils ne sont pas prévus par les régimes gouvernementaux) à la suite d'un accident lorsque les dents naturelles ont été endommagées, ou lorsqu'il faut réduire une fracture ou une dislocation de la mâchoire, et ce, seulement si les soins ont débuté dans les 12 mois suivant la date de l'accident, ou plus tard s'il y a attestation écrite d'un chirurgien dentiste lors de l'accident
- Honoraires usuels des médecins, des chirurgiens et des anesthésistes pour des soins médicaux assurés reçus à l'étranger en cas d'urgence seulement, moins les prestations correspondantes que la personne touche ou a le droit de toucher en vertu de toute loi fédérale ou provinciale



- Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport

Spécialistes paramédicaux

Les services, soins et traitements suivants :

- Honoraires de chiropraticiens (ainsi que les frais de radiographies d'un chiropraticien), d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes et de thérapeutes du sport jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 750\$ (modules A, AB, B) ou 850\$ (module C) ou 1 000\$ (module D) par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes
- Honoraires d'acupuncteurs, de diététistes, de massothérapeutes, de naturopathes, d'orthothérapeutes, d'ostéopathes et de podiatres (ainsi que les frais de radiographies d'un podiatre) jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 300\$ (module A) ou 400\$ (modules AB et B) ou 500\$ (module C) ou 600\$ (module D) par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes
- Honoraires de psychoéducateurs, de psychologues, de psychothérapeutes, de travailleurs sociaux et pour la thérapie cognitivo-comportementale par Internet (TCCi), chacun étant reconnu par son association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 000\$ (modules A, AB, B) ou 1 500\$ (modules C, D) par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes
- Honoraires d'audiologistes et d'orthophonistes reconnus par leur association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 300\$ (module A) ou 500\$ (modules AB, B et C) ou 750\$ (module D) par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialistes

Les soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés ci-dessus doivent être fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Les frais admissibles, par personne assurée, sont toutefois limités à une visite professionnelle par jour.

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial.

Soins visuels

S'il est fait mention au tableau sommaire que les soins oculaires sont admissibles, les frais suivants sont remboursables, par période de 24 mois, lorsqu'ils sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste et nécessaire pour corriger la vue :

- Lunettes (verres correcteurs et monture) ou lentilles cornéennes, jusqu'à un remboursement global de 125\$ (module C) ou 200\$ (module D) par personne assurée
- Frais de lentilles cornéennes, jusqu'à concurrence de 250\$ par personne assurée, si les verres de contact sont prescrits en raison d'astigmatisme cornéen, de kératocône ou d'aphakie, et lorsque l'acuité visuelle ne peut atteindre 20/40 grâce au port de lunettes
- Frais pour les examens de la vue non prévus par un régime gouvernemental, faits par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à un remboursement de 50\$ par personne assurée (modules B, C et D)



Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- Blessures ou maladies qui donnent droit à des prestations en vertu de toute loi sur les accidents du travail
- Soins auxquels une personne a droit à titre gratuit ou qui sont prévus en vertu de toute loi
- Soins dispensés par un organisme médical à la charge de l'établissement, d'une association d'entraide, d'un syndicat ouvrier ou de tout autre groupe semblable
- Frais pour une blessure ou une maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale
- Soins dispensés à la suite de la participation à une émeute ou à une insurrection ou qui résultent d'une guerre
- Médicaments ou traitements reliés à l'obésité, les suppléments alimentaires, les laits pour bébés, les produits diététiques, les produits hygiéniques et cosmétiques ainsi que les vitamines
- Médicaments et produits homéopathiques, auxiliaires anti-tabagisme, stimulants pour la pousse de cheveux, stéroïdes anabolisants et rince-bouche, qu'ils soient prescrits ou non par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, sauf si ces frais sont couverts en vertu de l'assurance médicaments du Programme d'assurance collective de la FEED ou s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie
- Soins, médicaments ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité, sauf si ces frais sont couverts en vertu de l'assurance médicaments du Programme d'assurance collective de la FEED ou s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie
- Soins, médicaments ou traitements reliés à la dysfonction érectile
- Frais pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition **Restrictions quant à l'exécution des ordonnances** de la présente garantie
- Frais reliés à la médecine préventive (sauf les vaccins et sérums nécessaires au traitement d'une maladie et les vaccins de nature préventive)
- Soins dentaires, sauf à la suite d'un accident
- Soins dispensés dans un établissement de soins infirmiers, un centre d'accueil, une maison de repos ou un centre pour alcooliques ou toxicomanes
- Traitements ou appareils, directement ou indirectement reliés à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire
- Traitements et prothèses de nature esthétique
- Lunettes de protection et de soleil
- Soins ou frais qui ne sont pas prévus dans la liste des frais admissibles
- Soins, traitements et médicaments dont le remboursement est prévu en vertu des lois de l'assurance maladie du Québec et de l'assurance hospitalisation du Québec en date du 1^{er} janvier 2014, sauf en cas d'entente entre la FEED Service des assurances et l'assureur pour assurer des éléments qui ont cessé d'être couverts par les régimes publics après cette date
- Soins, traitements et médicaments reliés au nanisme (y compris les hormones de croissance)
- Frais pour échographie à des fins de dépistage



- Soins ou services de podologie
- Orthèses ou appareils orthopédiques utilisés dans un but autre que curatif et pour la pratique d'un sport
- Frais exigés pour compléter une demande de règlement ou un reçu requis par l'assureur
- Les frais liés à tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales ou
 - fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou un règlement ou
 - fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique ou
 - exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis
 - selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique ou
 - est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de :
 - toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphes ci-dessus ou
 - toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

Note :

Afin d'éviter les mauvaises surprises lors de vos demandes de remboursement : assurez-vous que le professionnel de la santé que vous consultez est autorisé par l'assureur. Aussi, renseignez-vous à propos des types de soins qui sont couverts sous votre protection d'assurance collective avant d'entreprendre un nouveau traitement. Pour vous convaincre d'entreprendre un traitement avec eux, certains thérapeutes affirment offrir des reçus valides pour une multitude de soins. Si les soins ne sont pas couverts, ces reçus seront rejetés par l'assureur et les frais ne pourront être remboursés. Restez vigilants !

Coordination des prestations (si vous êtes couvert par un autre régime de soins médicaux)

Si vous ou tout membre admissible de votre famille êtes assurés en vertu de plus d'un régime collectif, les prestations provenant de tous les régimes seront coordonnées de façon à ce que le paiement de toutes les sources ne dépasse pas les frais réellement engagés.

Si votre conjoint est assuré par un autre régime et par celui de la FEED Service des assurances, il doit soumettre ses demandes d'indemnisation à son assureur. S'il reste un solde impayé, vous pouvez ensuite en demander le remboursement en vertu du Programme d'assurance collective de la FEED.

Lorsque les deux parents sont assurés par des régimes distincts, celui dont l'anniversaire de naissance arrive le premier au cours de l'année doit soumettre à son propre assureur les demandes d'indemnisation pour les enfants à charge assurés. Tout excédent peut être remboursé par le Programme d'assurance collective de la FEED, si le régime du conjoint est premier payeur (et vice-versa si le programme de la FEED Service des assurances est premier payeur).

Si votre enfant est assuré par un régime d'assurance maladie pour étudiant et par celui de la FEED, il doit soumettre ses demandes d'indemnisation au régime d'assurance maladie pour étudiant. S'il reste un solde impayé, vous pouvez ensuite en demander le remboursement en vertu du Programme d'assurance collective de la FEED.



Clause de survivant (protection de vos personnes à charge si vous décédez)

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge admissibles est prolongée, selon le module en vigueur immédiatement avant son décès, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

- Le dernier jour de la période de 12 mois suivant le décès du participant
- La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant
- La date à laquelle l'établissement cesse de participer au Programme d'assurance de la FEEP
- La date à laquelle le conjoint devient assuré en vertu d'un autre régime d'assurance collective

Quand vous atteignez l'âge de 65 ans et demeurez au travail

Selon les modalités de la RAMQ en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec, tout résident du Québec est automatiquement inscrit à ce régime lorsqu'il atteint 65 ans.

Ainsi, les personnes assurées (vous et votre conjoint, s'il y a lieu) de 65 ans et plus seront présumées être couvertes pour les médicaments par la RAMQ en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec.

À ce moment, les options suivantes s'offrent à vous dans le cadre du Programme d'assurance collective de la FEEP lorsque vous atteignez 65 ans.

1. Conserver votre protection de soins médicaux actuelle de la FEEP à titre de protection complémentaire à celle du Régime général d'assurance médicaments du Québec :
 - Cette option est celle qui s'applique par défaut
 - Le Programme d'assurance collective de la FEEP offre, selon le module applicable, une couverture pour médicaments qui est complémentaire à celle du Régime général d'assurance médicaments du Québec, ainsi qu'une couverture pour les autres frais médicaux admissibles.
2. Vous retirer volontairement et définitivement de la protection de soins médicaux du Programme d'assurance collective de la FEEP :
 - Ceci met également fin à la protection de soins médicaux de vos personnes à charge
 - Si vous optez pour ce choix, **votre décision est irrévocable**. Accédez à votre compte SARAF afin d'effectuer ce choix (événement de vie : « Exemption soins médicaux après 65 ans »)
 - Cette option est également offerte si votre conjoint atteint 65 ans avant vous

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute personne assurée de 65 ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu du programme et qui a choisi de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Il est important de noter que si vous avez des personnes à charge qui n'ont pas déjà atteint 65 ans ou ne sont pas couvertes par un autre régime d'assurance collective, ils devront communiquer avec la RAMQ pour s'inscrire au Régime général d'assurance médicaments du Québec.

Une prime est exigible pour le Régime général d'assurance médicaments du Québec et est prélevée au moment de la production de votre déclaration d'impôt.



Fin de la protection

Votre protection de soins médicaux et celles de vos personnes à charge, le cas échéant, prennent fin **selon le premier événement** : à votre cessation d'emploi, à votre retraite (voir la section **Protections facultatives à la retraite** ci-dessous), à votre décès (sous réserve de la clause de survivant), ou encore, advenant que l'établissement cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEEP.

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, si vous, ou vos personnes à charge, n'êtes plus assurés pour les soins médicaux et plus particulièrement pour les médicaments, vous devez le signaler à la RAMQ.

Protections facultatives à la retraite

À votre retraite, vous pourrez être couvert par la garantie suivante, si vous remplissez les critères d'admissibilité et en faites la demande dans les 31 jours qui suivent votre départ à la retraite (sans preuves de bonne santé) ou dans les 12 mois (avec preuves de bonne santé) qui suivent votre départ à la retraite :

- Une police individuelle de soins médicaux des retraités couvrant les dépenses médicales admissibles, à l'exclusion des médicaments.

La couverture des retraités a été mise sur pied conjointement avec l'Association des retraitées et des retraités de l'enseignement privé (ARREP). Vous devez adhérer et payer les frais de cotisation annuelle à l'association pour avoir accès à ce programme.

Les coûts des protections sont entièrement à votre charge.

Pour obtenir l'information complète sur les critères d'admissibilité, les garanties offertes ainsi que les primes payables, rendez-vous sur votre compte SARAF à la section « Documentation – Programme d'assurance des retraités de l'enseignement privé ».

Informations supplémentaires

Capsules vidéos :

[Payez-vous le juste prix pour vos médicaments ?](#)

[Durée de vos prescriptions – sauvez temps et argent](#)

[Respecter la posologie – sain pour vous et pour la santé financière du programme](#)

[De bonnes habitudes pour économiser et prévenir la fraude](#)



Urgence hors province et annulation de voyage

Assistance médicale hors province en cas d'urgence

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue à l'extérieur de sa province de résidence, un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant un voyage privé ou professionnel pour toute la durée du séjour hors de sa province de résidence durant lequel la personne assurée est admissible au régime d'assurance maladie de sa province de résidence ou, si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, ou si l'urgence survient durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Afin de se prévaloir de cette garantie, la personne assurée doit obligatoirement être assurée sous la protection soins médicaux faisant partie du Programme d'assurance collective de la FEEP.

L'assureur retient les services de CanAssistance, une firme spécialisée en service d'assistance pour rendre les services indiqués ci-après.

Définitions particulières

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve la personne assurée.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui empêche la continuation normale du voyage.

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une soeur de la personne assurée.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

Centre hospitalier : Centre hospitalier désigne une institution de soins de courte durée :

- Légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution
- Destinée aux soins des patients alités
- Pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération
- Qui assure 24 heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmiers licenciés

Cependant, les maisons de réadaptation, de convalescence, de repos ou de soins pour malades chroniques, de même que les unités réservées à cet effet dans les hôpitaux, sont exclues.

Sinistre : Tout événement, blessure accidentelle ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

Assistance médicale

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence à la suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle :

- **Accès jour et nuit**
 - accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
- **Accès médical**
 - organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
 - aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
 - vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.
- **Transport médical**
 - organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
 - organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
 - les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.
- **Paiement des dépenses médicales et avance de fonds**
 - prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie soins médicaux pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux engagés hors de la province de résidence en cas d'urgence. Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada, pour le participant et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les 90 jours suivant son retour au pays.

En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par le participant ou ses personnes à charge, en vertu du présent programme.
- **Rapatriement de la dépouille mortelle**
 - suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou une blessure accidentelle, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement « post mortem », de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Canada, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.
- **Retour des enfants à charge**
 - organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touristique des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.





- **Retour d'un membre de la famille immédiate**
 - organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- **Visite d'un membre de la famille immédiate**
 - organiser le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- **Frais de subsistance pour le logement et les repas**
 - si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou de son décès, les frais de subsistance engagés par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (Visite d'un membre de la famille immédiate), sont remboursables, après approbation préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150\$ par personne assurée et d'un remboursement global de 1 500\$ pour l'ensemble des personnes assurées.
Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.
- **Retour du véhicule**
 - le service d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000\$ pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de l'assuré ou à l'agence de location appropriée la plus proche.
- **Avance de fonds**
 - en cas de nécessité, pour obtenir les services de transport médical, de retour des enfants à charge, de retour d'un membre de la famille immédiate, de visite d'un membre de la famille immédiate, de frais de subsistance pour le logement et les repas ou de retour du véhicule (tel qu'énuméré précédemment), le service d'assistance médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de 1 000\$ en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.

Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :

- **Service téléphonique de traduction**
 - en cas d'urgence, le service d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
- **Service de transmission et de garde de message**
 - en cas d'urgence, le service d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
- **Assistance juridique**
 - en cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquiescer les frais de contentieux et de cautionnement.
- **Information-voyage**
 - le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.



- **Envoi de médicament**
 - lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie soins médicaux.
- **Perte de bagages ou de documents**
 - si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise
- Les frais pour une blessure ou une maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale
- Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute
- L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale
- La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente
- Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée
- Tout voyage de santé ou cure de repos

Dispositions

Déclaration du sinistre

La personne assurée doit, aussitôt qu'elle a connaissance du sinistre, user de tous les moyens pour arrêter les progrès de ce sinistre et doit contacter le service d'assistance médicale dès qu'il est possible de le faire, et lui indiquer les circonstances de ce sinistre, ses causes connues ou présumées. De plus, à la demande du service d'assistance médicale, la personne assurée devra fournir un certificat du médecin traitant relatant les conséquences probables de la maladie ou des blessures accidentelles.

Prescription

Toute demande de règlement pour un sinistre couvert doit être faite dans les 12 mois qui suivent la date du sinistre.

Restitution du billet de retour

Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.



Responsabilité du service d'assistance médicale

Le service d'assistance médicale est déchargé de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le service d'assistance médicale adresse des personnes assurées sont, pour la plupart, des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du service d'assistance médicale.

En outre, le service d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés.

Précisions sur la garantie d'assistance hors de la province

Nous vous invitons à consulter l'information se trouvant sous **Frais admissibles** de la section soins médicaux, car celle-ci contient d'autres informations pertinentes à l'égard des frais admissibles engagés en cas d'urgence de nature médicale qui survient alors que la personne assurée est hors de sa province de résidence.

Certaines restrictions s'appliquent à la présente garantie. Vous trouverez tous les détails dans la section soins médicaux sous **Restrictions quant aux frais médicaux d'urgence engagés hors de la province** de la présente brochure.

Annulation de voyage (excluant la perte de bagages)

L'assureur s'engage à rembourser les frais admissibles décrits ci-après, engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie et découlant de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage couvert, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000\$ par personne assurée, par voyage couvert, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la présente brochure.

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements du voyage couvert, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage couvert.

Définitions

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Réunion d'affaires privée : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

Hôte à destination : Une personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la soeur, le gendre, la bru, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-soeur, le beau-frère, la belle-soeur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce de la personne assurée.

Compagnon de voyage : Une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée.

Destination : La ville ou le pays où se rend la personne assurée.

Transporteur : Un avion, un autobus ou un train public.



Voyage couvert : Un voyage

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

Risques assurés

L'annulation ou l'interruption du voyage couvert doit résulter de l'une des causes suivantes :

- La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage
- La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée
- La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal
- Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire
- La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage couvert, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi
- La mise en quarantaine de la personne assurée
- Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage
- Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée
- L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise)
- Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs au voyage couvert
- La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ
- L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- En cas d'annulation avant le départ :
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance
 - les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert



- Si le retour est anticipé ou retardé :
 - le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ
 - la portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance
 - les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150\$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 500\$ pour le participant et ses personnes à charge

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie du Programme d'assurance collective de la FEEP, la somme maximale payable en vertu de la présente police ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans la présente garantie
- Départ retardé ou correspondance manquée :
 - le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison d'un des risques assurés. Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ
- La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30% de la durée prévue du voyage couvert, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit voyage couvert

Exclusions

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption d'un voyage couvert résulte de l'une des causes suivantes :

- L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue
- Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale
- La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression
- Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute
- Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement
- Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse
- Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie si :

- Le voyage couvert a été entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers
- Le voyage couvert a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de la modification de la date prévue du retour de la personne assurée



- Le voyage couvert a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation dudit voyage couvert de la personne assurée

Précisions sur la garantie d'annulation de voyage

Lorsqu'un événement mentionné sous **Risques assurés** survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter l'agence de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage couvert et en aviser l'assureur dans le même délai.

Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :

- Les originaux des billets de transport non utilisés
- Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires
- Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation
- Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue du départ ou du retour de la personne assurée, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage couvert
- Un rapport de police en cas d'accident de la route

Fin de la protection

La garantie d'assistance médicale hors de la province de résidence et l'annulation de voyage se termine pour une personne assurée dès qu'elle cesse d'être assurée en vertu de la garantie de remboursement des soins médicaux.

Informations supplémentaires

Capsule vidéo :

[Assurance voyage et annulation de voyage : pour partir l'esprit en paix!](#)

Vous retrouverez les coordonnées pour joindre CanAssistance à la section [Demandes d'indemnités](#).



Soins dentaires

Un tableau sommaire des caractéristiques de chacun des modules figure au début de la brochure.

Fonctionnement de la protection

La protection offerte en soins dentaires dépend de la sélection effectuée par votre établissement parmi les trois options suivantes :

- Protection de base obligatoire pour le participant et ses personnes à charge
- Protection de base obligatoire pour le participant, facultatif pour ses personnes à charge
- Protection entièrement non obligatoire pour le participant et ses personnes à charge

Lorsque la protection est offerte par votre établissement de façon obligatoire pour le participant et les personnes à charge admissibles, vous devez adhérer à la garantie, sauf si vous et/ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime collectif prévoyant une protection pour les soins dentaires.

Lorsque la protection est offerte de façon non obligatoire, la participation est entièrement facultative :

- Si vous choisissez d'y participer, vous avez le choix entre les modules B et C
- Vous pouvez adhérer sur une base individuelle ou inclure toutes vos personnes à charge admissibles

Droit d'exemption

Protection de base obligatoire pour le participant et les personnes à charge :

Vous pouvez demander de ne pas participer à la protection de base de soins dentaires si vous, ou votre conjoint, êtes couverts par un autre régime d'assurance collective prévoyant une protection pour les soins dentaires.

Veillez noter que vous êtes dans l'obligation d'assurer vos personnes à charge admissibles (conjoint et enfants), le cas échéant, sauf si celles-ci sont couvertes par un autre régime collectif.

Important :

Vous devez déclarer toutes vos personnes à charge dans votre compte SARAF, même si leur couverture sera exemptée.

Options de couverture

Voici les options de couverture offertes pour un participant ayant des personnes à charge :

- Choisir une couverture individuelle (employé seulement) si votre conjoint et vos enfants sont assurés par un autre régime collectif
- Choisir une couverture monoparentale (employé/enfants) si votre conjoint est assuré par un autre régime collectif ou si vous êtes sans conjoint



- Choisir une couverture couple (employé/conjoint) si vous êtes sans enfant ou s'ils sont assurés dans un autre régime collectif
- Choisir une couverture familiale
- Choisir de ne pas être assurés si vous, votre conjoint et vos enfants sont assurés par un autre régime collectif

La protection pour vos personnes à charge admissibles sera la même que celle dont vous bénéficiez.

Protection de base obligatoire pour le participant, facultatif pour ses personnes à charge

Vous pouvez demander de ne pas participer à la protection de base de soins dentaires si vous détenez un autre régime collectif prévoyant une protection pour les soins dentaires.

Si vous participez à la protection de base et désirez ajouter la protection pour vos personnes à charge de façon facultative, cette protection facultative doit s'appliquer à l'ensemble de vos personnes à charge.

Ainsi, les options de couverture sont les suivantes lorsqu'un participant a des personnes à charge :

- Choisir une couverture individuelle (employé seulement)
- Choisir une couverture monoparentale (employé/enfants), si votre conjoint est assuré par un autre régime collectif ou si vous êtes sans conjoint
- Choisir une couverture couple (employé/conjoint) si vous êtes sans enfant ou si vos enfants sont assurés par un autre régime collectif de soins dentaires
- Choisir une couverture familiale
- Choisir de ne pas être assuré si vous, votre conjoint et vos enfants sont assurés par un autre régime collectif (dans ce cas, vous et vos personnes à charge ne pouvez participer à la protection facultative)

La protection de vos personnes à charge admissibles sera la même que celle dont vous bénéficiez.

D'autres exemptions sont possibles si :

- Vous ou votre conjoint n'avez aucune dent naturelle. Il est à noter que si la déclaration est faite pour vous, vous et vos personnes à charge ne pourrez plus être assurés sous la garantie dentaire dans le futur
- Vos enfants admissibles sont tous couverts par la protection offerte par la RAMQ puisqu'ayant tous moins de 10 ans

Demande d'exemption

Toute demande d'exemption, que ce soit pour vous-même ou vos personnes à charge, doit être déclarée dans votre compte SARAF.

Vous n'aurez pas à fournir de pièces justificatives à la FEED Service des assurances, mais nous nous réservons le droit de faire des vérifications aléatoires.

Il est important que vous conserviez la pièce justificative à l'appui de votre demande.

Si vous et/ou vos personnes à charge cessez d'être couverts par un autre régime d'assurance collective (p. ex., votre conjoint perd ses assurances, change d'emploi ou à la suite d'une séparation), vous devez déclarer cet événement dans votre compte SARAF au plus tard dans les 31 jours suivant cet événement. Ceci annulera la demande d'exemption.



Modification de votre protection

Réadhésion annuelle

Si vous êtes activement au travail ou si vous recevez des prestations d'invalidité et êtes admissible au Programme d'assurance collective de la FEEP, vous pouvez modifier votre protection et celle des personnes à votre charge, le cas échéant, lors de la période de réadhésion annuelle. Cependant, certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Aucune modification n'est permise lors d'un congé autorisé, à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEEP Service des assurances).

Événements de vie

Certaines modifications à votre couverture sont permises en cours d'année en cas d'événement de vie. Cependant, certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Vous avez 31 jours pour déclarer un événement de vie, sans quoi vous devrez attendre la prochaine période de réadhésion annuelle.

Voici une liste des différents événements de vie pouvant affecter votre situation et les modifications possibles dans chaque cas :

- Ajout d'un enfant ou d'un conjoint (nouvellement admissible) :
 - modification de la composition familiale (soit, protection individuelle, couple, monoparentale, familiale ou exempté)
 - bonification de vos protections facultatives (uniquement lors de l'ajout d'une première personne à charge)
- Retrait d'un enfant ou d'un conjoint (n'est plus admissible ou décès) :
 - modification de la composition familiale
 - réduction de vos protections facultatives (certaines restrictions peuvent s'appliquer)
- Changement important au régime d'assurance du conjoint :
 - modification de la composition familiale
- L'enfant aîné atteint l'âge de 10 ans :
 - maintien de l'exemption en soins dentaires pour les enfants de plus de 10 ans si ceux-ci sont couverts en vertu d'un autre régime

Restrictions

Vous devrez conserver un niveau de protection équivalent ou supérieur pendant un minimum de 3 ans, à moins que votre établissement ne modifie le régime de base. Après une rétrogradation, vous ne pourrez choisir un module supérieur avant 3 ans.

Aucune modification de vos protections facultatives n'est permise lors d'un congé autorisé, à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEEP Service des assurances).

Définitions

Franchise : La franchise est le montant des frais admissibles que l'assuré doit acquitter avant que le régime ne commence à rembourser les frais. Une franchise s'applique au participant et une autre à l'ensemble de ses personnes à charge. Si la franchise est acquittée en tout ou en partie au cours des 3 derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année civile suivante est réduite en conséquence.

Coassurance : La coassurance est le pourcentage des frais admissibles qui est remboursé après déduction de la franchise, le cas échéant.

Remboursement maximum : Le remboursement maximum est la prestation maximale que verse l'assureur par personne assurée, par année civile.



Frais admissibles

Les soins dentaires admissibles se divisent en 3 catégories :

- **Les soins préventifs et la restauration mineure** (examens, radiographies, extractions et obturations, etc.)
- **L'endodontie et la parodontie** (traitements de canal et des gencives)
- **La restauration majeure** (couronnes, prothèses, réparation et remplacement)

Soins préventifs et restauration mineure (Modules A, B et C)

- **Examens et diagnostics**
 - examen buccal (un tous les 36 mois)
 - examen de rappel pour les enfants de moins de 10 ans (un tous les 24 mois)
 - examen de rappel pour les autres assurés (un tous les 9 mois)
 - examen buccal d'urgence
 - examen d'un aspect particulier
- **Radiographies**
 - intra-orales-périapicales (une série complète tous les 9 mois)
 - intra-orales interproximales
 - extra-orales
 - sialographies
 - pellicule panoramique (une tous les 36 mois)
 - substances radiopaques
- **Tests et examens de laboratoire**
 - culture bactériologique
 - biopsie des tissus buccaux mous
 - biopsie des tissus buccaux durs
 - test cytologique
- **Services préventifs**
 - polissage de la partie coronaire des dents (un tous les 9 mois)
 - application topique de fluorure (une tous les 9 mois)
 - module A : détartrage de la partie coronaire des dents : 1 unité de temps à tous les 9 mois (une unité de temps correspond à 15 minutes de traitement)
- **Appareils de maintien** (personnes âgées de moins de 18 ans)
- **Restaurations**
 - restauration en amalgame
 - restauration en composite
- **Prothèses amovibles**
 - ajustements mineurs
 - rebasage et regarnissage
 - réparations sans empreinte et avec empreinte
- **Chirurgie buccale**
 - fermeture d'une fistule oro-antrale
 - traitement des glandes salivaires
 - ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ablation chirurgicale (complexe)
 - ablation de tumeurs ou de kystes
 - alvéoloplastie, alvéolectomie et ostéoplastie
 - réparation d'une lacération
 - tubéroplastie
- **Services généraux complémentaires**
 - anesthésie générale (en corrélation avec la chirurgie)
 - médicaments
 - consultations



Endodontie et parodontie (modules A, B et C)

- **Endodontie**
 - coiffage de pulpe
 - pulpotomie
 - pulpectomie d'urgence
 - traumatisme endodontique
 - traitement de canal
 - chirurgie endodontique
 - apexification
- **Parodontie** (traitement des tissus entourant les dents)
 - chirurgie parodontale
 - jumelage provisoire
 - module A : détartrage parodontal : 2 unités de temps à tous les 9 mois (une unité de temps correspond à 15 minutes de traitement)
 - modules B et C : détartrage parodontal : 3 unités de temps à tous les 9 mois (une unité de temps correspond à 15 minutes de traitement)
 - services parodontaux complémentaires

Restauration majeure (module C seulement)

- **Couronnes**
- **Prothèses initiales** (fixes ou amovibles, partielles ou complètes) nécessaires par suite de l'extraction d'une ou plusieurs dents naturelles après que le participant ait été embauché par son employeur actuel
- Réparation de **ponts fixes**
- **Remplacement d'une prothèse existante** si :
 - cela est nécessaire par suite de l'extraction d'une ou plusieurs dents naturelles après que le participant ait été embauché par son employeur actuel et si la prothèse ne peut pas être réparée
 - elle a été mise en place il y a au moins cinq ans et qu'il soit impossible de la réparer
 - elle a été mise en place temporairement pour une période maximale de 12 mois pendant que l'assurance était en vigueur
 - cela est nécessaire à cause d'une blessure corporelle accidentelle subie pendant que la personne est assurée
- **Procédés nécessitant l'usage de l'or** lorsqu'un substitut acceptable, compte tenu de la pratique dentaire générale, ne coûterait pas moins cher

Remboursement des frais admissibles

Les frais admissibles correspondent aux frais engagés pour les soins donnés par le généraliste ou recommandés par le généraliste et donnés par le spécialiste. Les frais sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province où ces traitements sont donnés, tel qu'indiqué au **tableau sommaire**.

Les frais engagés pour les soins donnés par le denturologiste sont limités au tarif normal suggéré pour un denturologiste de la province où ces traitements sont donnés, tel qu'indiqué au **tableau sommaire**.

Les frais à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence de la personne assurée, tel qu'indiqué au **tableau sommaire**.



Les frais sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie **Soins dentaires**. S'il n'y a pas de Guide des tarifs des chirurgiens dentistes pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

Coordination des prestations (si vous êtes couvert par un autre régime de soins dentaires)

Si vous ou tout membre admissible de votre famille êtes assurés en vertu de plus d'un régime collectif, les prestations provenant de tous les régimes seront coordonnées de façon à ce que le paiement de toutes les sources ne dépasse pas les frais réellement engagés.

Si votre conjoint est assuré par un autre régime et par celui de la FEEP Service des assurances, il doit soumettre ses demandes d'indemnisation à son assureur. S'il reste un solde impayé, vous pouvez ensuite en demander le remboursement en vertu du Programme d'assurance collective de la FEEP.

Lorsque les deux parents sont assurés par des régimes distincts, celui dont l'anniversaire de naissance arrive le premier au cours de l'année doit soumettre à son propre assureur les demandes d'indemnisation pour les enfants à charge assurés. Tout excédent peut être remboursé par le Programme d'assurance collective de la FEEP, si le régime du conjoint est premier payeur (et vice-versa si le régime de la FEEP Service des assurances est premier payeur).

Si votre enfant est assuré par un régime d'assurance dentaire pour étudiant et par celui de la FEEP, il doit soumettre ses demandes d'indemnisation au régime d'assurance dentaire pour étudiant. S'il reste un solde impayé, vous pouvez ensuite en demander le remboursement en vertu du Programme d'assurance collective de la FEEP.

Prédétermination (savoir à l'avance le montant qui serait remboursé)

Lorsque le coût total des soins dentaires envisagés sera vraisemblablement supérieur à 300\$, nous vous recommandons de soumettre une demande d'évaluation des soins afin que vous et votre dentiste sachiez à l'avance le montant pris en charge par l'assurance. Il est important de noter que s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

Clause de survivant (protection de vos personnes à charge si vous décédez)

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge admissibles est prolongée, selon le module en vigueur immédiatement avant son décès, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

- Le dernier jour de la période de 12 mois suivant le décès du participant
- La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant
- La date à laquelle l'établissement cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEEP
- La date à laquelle le conjoint devient assuré en vertu d'un autre programme d'assurance collective



Exclusions

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- Les traitements dentaires dont le remboursement est prévu en vertu des lois de l'assurance maladie du Québec et de l'assurance hospitalisation du Québec, sauf en cas d'entente entre la FEEP Service des assurances et l'assureur pour assurer des éléments qui ont cessé d'être couverts par les régimes publics après cette date
- Les traitements dentaires effectués gratuitement ou payés directement ou indirectement par toute autre loi, ou pour lesquels ladite loi ne permet pas le paiement de prestations
- Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, incluant le blanchiment des dents
- Les traitements qui ne sont ni recommandés ni approuvés par un dentiste ou un médecin
- Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure volontaire ou qui résulte d'une guerre ou de la participation à une émeute
- Les frais facturés pour un rendez-vous non respecté ou pour remplir des formulaires de règlement requis par la compagnie d'assurance
- Les frais d'instructions d'hygiène buccale
- Le traitement dentaire des lésions accidentelles aux dents naturelles effectué dans les 12 mois de l'accident, si l'assuré est protégé aux termes d'un régime de remboursement de soins médicaux
- Les frais facturés à l'avance, lorsque le traitement n'est pas terminé
- Les scellants et les protecteurs buccaux athlétiques
- Les frais pour revêtements, laminés et mastics autopolymérisants ou avec polymérisation aux rayons
- Les frais de laboratoire supérieurs à 60 % des honoraires fixés pour le procédé dans le Guide des tarifs
- Tout traitement relié à l'orthodontie
- L'implantologie, incluant tout traitement, appareil ou prothèse faisant suite à l'implantologie
- Les procédés, les appareils et les restaurations utilisés pour accroître la dimension verticale ou restaurer l'occlusion
- Le jumelage pour des raisons de parodontie lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes coulées ou des incrustations avec ou sans recouvrement de cuspides
- Le retraitement de canal sur une même dent

Fin de la protection

Votre protection de soins dentaires et celle de vos personnes à charge, le cas échéant, prennent fin **selon le premier événement** : à votre cessation d'emploi, à votre retraite (voir la section **Protections facultatives à la retraite**), à votre décès (sous réserve de la clause de survivant), ou encore, advenant que votre établissement cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEEP.



Protections facultatives à la retraite

Lors de votre retraite, vous pouvez être couvert par la garantie suivante, si vous remplissez les critères d'admissibilité et en faites la demande dans les 31 jours qui suivent votre départ à la retraite (sans preuves de bonne santé) ou dans les 12 mois (avec preuves de bonne santé) qui suivent votre départ à la retraite :

- Une police individuelle de soins dentaires des retraités est disponible si vous avez souscrit la protection des soins médicaux des retraités.

La couverture des retraités a été mise sur pied conjointement avec l'Association des retraitées et des retraités de l'enseignement privé (ARREP). Vous devez adhérer et payer les frais de cotisation annuelle à l'association pour avoir accès à ce programme.

Les coûts des protections sont entièrement à votre charge et les garanties sont disponibles, sans preuves de bonne santé, si souscrites dans les délais prescrits.

Pour obtenir l'information complète sur les critères d'admissibilité, les garanties offertes ainsi que les primes payables, rendez-vous sur votre compte SARAF à la section « Documentation – Programme d'assurance des retraités de l'enseignement privé ».



Invalidité

Un tableau sommaire des caractéristiques de chacun des modules figure au début de la brochure.

L'assurance invalidité prévoit le paiement de prestations en cas d'invalidité totale, de retour progressif ou de réadaptation.

Définition d'invalidité totale

Une prestation d'invalidité totale vous sera versée si, à cause d'une blessure ou d'une maladie, vous ne pouvez exercer de façon continue aucune des fonctions de votre emploi et si vous êtes sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un spécialiste, selon les critères établis par l'assureur.

Pendant les 24 premiers mois de votre invalidité, vous êtes considéré comme totalement invalide si vous ne pouvez exercer aucune de vos fonctions habituelles. Par la suite, vous serez considéré comme totalement invalide si vous êtes dans l'impossibilité de vaquer à toutes et à chacune des fonctions de tout emploi ou occupation rémunérateur auquel vous ont raisonnablement préparé votre formation, votre instruction et votre expérience. Cependant, un participant qui occupe tout travail ou emploi, à l'exception de ce qui est prévu dans la présente garantie, ne sera plus considéré comme invalide.

Protection de base

En cas d'invalidité totale de courte durée, la protection de base verse des prestations en tenant compte du délai de carence indiqué dans votre compte SARAF; le délai de carence étant une période continue pendant laquelle vous êtes absent du travail par suite d'une maladie ou d'un accident (invalidité totale), sans rémunération, avant d'avoir droit à des prestations d'invalidité. Les prestations sont payables sur une base de jours ouvrables, à toutes les deux semaines. Les prestations versées sont en fonction de la protection détenue indiquée dans votre compte SARAF.

Selon le module de base, la prestation par semaine est:

- Module A: 34,62\$ plus 40% du salaire brut
- Module B: 75% du salaire brut
- Module C: 55% du salaire net
- Module D: 80% du salaire net
- Module E: 90% du salaire net

Par **salaire net**, on entend votre salaire de base moins les impôts fédéral et provincial et les cotisations qui sont exigibles en vertu des régimes gouvernementaux et du RREGOP, RRE, RRPE ou du RRCE ou de tout autre régime de retraite.

Par **prestations nettes**, on entend la rente d'invalidité moins les impôts fédéral et provincial applicables. La définition de salaire est identique à celle établie pour le régime d'assurance vie.



Les prestations par semaine sont plafonnées à 3 000\$ et sont payables pendant un maximum de 12 mois d'invalidité, à la retraite ou jusqu'à votre 65^e anniversaire, **selon le premier événement**. Si vous êtes invalide pour une période excédant 12 mois, vous êtes alors admissible à des prestations d'assurance invalidité de longue durée.

En cas d'invalidité de longue durée, le régime de base verse des prestations mensuelles qui commencent immédiatement après l'expiration des prestations d'invalidité de courte durée. Le niveau de prestations payables est indiqué dans votre compte SARAF.

Selon le module de base, la prestation mensuelle est:

- Module A: 150\$ plus 30% du salaire mensuel brut
- Module B: 70% du salaire mensuel brut
- Module C: 50% du salaire mensuel net
- Module D: 75% du salaire mensuel net
- Module E: 90% du salaire mensuel net

Les prestations sont plafonnées à 12 500\$ par mois. Elles se poursuivent jusqu'à votre rétablissement, votre décès, votre 65^e anniversaire ou votre retraite, **selon le premier événement**.

Les prestations versées en vertu des modules de base A et B sont imposables puisque l'établissement défraie, en totalité ou en partie, le coût des primes de ce régime. Les prestataires, en vertu de ces modules A et B, recevront une déclaration de revenus à annexer à leur rapport d'impôts. Pour les modules de base C, D et E, le coût des primes est entièrement défrayé par le participant, donc les prestations ne sont pas imposables.

Note :

Pour les employés contractuels admissibles à l'assurance collective de leur établissement, ceux-ci auront droit à l'assurance invalidité de courte durée seulement. Ils ne seront pas admissibles à l'assurance invalidité de longue durée.

Protections facultatives

Vous pouvez bonifier votre protection de la façon suivante :

Pour les **modules de base A et C** : vous pouvez souscrire une tranche de prestations supplémentaires égale à 20% du salaire brut (module A) ou 25% du salaire net (module C).

Pour tous les **modules de base A, B, C, D et E** : si vous êtes âgé de moins de 62 ans, vous pouvez vous procurer une protection contre l'inflation, la **clause d'indexation au coût de la vie**.

L'indexation prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant le troisième anniversaire de l'invalidité et s'applique à chaque 1^{er} janvier par la suite.

Le cas échéant, les prestations d'invalidité de longue durée seront indexées en fonction de la hausse de l'Indice des prix à la consommation (IPC) pour la période de 12 mois se terminant le 31 octobre de l'année précédente, sous réserve d'un maximum de 5% par année.

Si l'établissement a opté pour le module A ou C, le participant doit d'abord avoir choisi la tranche de protection supplémentaire.

Les coûts reliés à ces protections facultatives doivent être défrayés par le participant et les prestations ne sont donc pas imposables. Vous trouverez les primes afférentes à ces protections dans votre compte SARAF.



Prestation minimale

Dans tous les cas, le calcul de la prestation totale (protections de base et facultatives) en cas d'invalidité totale de courte durée est au minimum égale à 55 % du salaire brut (sous réserve du salaire maximum assurable prévu par la Loi sur l'assurance-emploi), et ce, pour une période ne dépassant pas 15 semaines.

Prestation maximale

La prestation en cas d'invalidité totale de l'assurance invalidité de courte durée est payable à toutes les deux semaines. Sous réserve des dispositions relatives aux programmes de retour progressif et de réadaptation, si le participant reçoit des prestations d'une banque de congés de maladie, le montant de la rente que verse l'assureur est rajusté tel que la totalité de ces prestations ne dépasse pas 85 % (modules C et D) ou 90 % (module E) du salaire net (prestation non imposable) ou 90 % du salaire brut (prestation imposable) pour les modules A et B. La prestation maximale payable en vertu du régime est de 3 000 \$ par semaine.

La prestation en cas d'invalidité totale du régime d'invalidité de longue durée est payable sur une base mensuelle. Sous réserve des dispositions relatives aux programmes de retour progressif et de réadaptation, si le participant reçoit des prestations d'une banque de congés de maladie, le montant de la rente mensuelle que verse l'assureur est rajusté tel que la totalité de ces prestations est plafonnée à 85 % (modules C et D) ou 90 % (module E) du salaire net ou 90 % du salaire brut (modules A et B). La prestation mensuelle maximale payable en vertu du régime est de 12 500 \$.

Le participant ne peut jamais toucher des prestations supérieures à 100 % de son salaire net.

Intégration avec les rentes d'invalidité

La prestation payable dans le cadre de la protection d'invalidité de base est intégrée aux prestations provenant d'autres sources de la façon suivante :

- **Si la prestation de la protection de base est imposable (modules A et B) :** la prestation est réduite de la totalité du montant initial de la rente d'invalidité payable en vertu du RRQ/RPC et de toute rente de retraite payable, ou qui serait payable par le RRQ au participant âgé de 60 à 65 ans admissible à une rente d'invalidité du RRQ, et ce, peu importe que le participant ait demandé ou non l'annulation de cette rente (à l'exclusion des prestations payables aux personnes à charge), de toute rente d'invalidité provenant d'une assurance salaire collective ou de tout régime de retraite d'un employeur, de la Loi sur les accidents du travail, de la Société de l'assurance automobile du Québec et de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels.
- **Si la prestation de la protection de base est non imposable (modules C, D et E) :** la prestation maximale est réduite de 85 % du montant initial de la rente d'invalidité payable en vertu du RRQ/RPC et de toute rente de retraite payable, ou qui serait payable par le RRQ au participant âgé de 60 à 65 ans admissible à une rente d'invalidité du RRQ, et ce, peu importe que le participant ait demandé ou non l'annulation de cette rente (à l'exclusion des prestations payables aux personnes à charge), de 85 % de toute rente d'invalidité imposable (100 % si non imposable) provenant de toute assurance salaire collective ou de tout régime de retraite d'un employeur, ainsi que de la totalité des prestations d'invalidité qui pourraient être versées en vertu de la Loi sur les accidents du travail, de la Société de l'assurance automobile du Québec et de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels.

Dans tous les cas, le participant ne peut toucher des prestations des sources mentionnées aux paragraphes ci-dessus, réduites de tout impôt redevable sur ces revenus, qui excèdent 90 % de son salaire net. Une prestation payable inclut tout montant auquel le participant aurait eu droit s'il en avait fait la demande, incluant l'exercice des recours possibles dans les délais prévus.



Prestations en cas de retour progressif ou de réadaptation

L'assureur peut, à sa seule discrétion, exiger d'un participant totalement invalide qu'il participe à un programme de retour progressif au travail ou à un programme de réadaptation après l'expiration de son délai de carence.

Deux clauses sont prévues pour traiter les cas d'employés assurés qui ne sont pas totalement invalides, mais qui, en raison de blessures ou d'une maladie, ne sont pas en mesure de travailler durant leur période entière de travail ou d'exercer toutes les tâches de leur occupation. L'état de santé du participant doit nécessiter, toutefois, les soins réguliers d'un médecin ou d'un spécialiste, selon les critères établis par l'assureur.

Dans les deux cas, pour que les clauses s'appliquent, le participant doit avoir été totalement invalide pour une période minimale continue de 30 jours incluant le délai de carence.

Les deux clauses sont en soi des plans d'action visant le retour graduel au travail et, éventuellement, à temps plein, ou selon le niveau avant le début de l'invalidité. Le plan doit être préalablement approuvé par l'assureur et coordonné par l'employeur.

Les prestations additionnelles relatives à ces deux programmes, retour progressif et réadaptation, sont payables jusqu'à concurrence de la fin de la période de 24 mois consécutifs commençant au début de l'invalidité.

Retour progressif – Prestation

Une prestation d'invalidité continue d'être payable dans le cadre d'un programme de retour progressif au travail au sein de l'établissement, dans la même fonction ou dans une fonction analogue à celle exercée avant le début de l'invalidité.

La prestation totale durant un retour progressif est calculée en déduisant de la rente d'invalidité totale de courte ou de longue durée les gains reçus ; on y ajoute alors la prestation additionnelle du programme de retour progressif qui est égale à 20 % des gains reçus durant la période de retour progressif.

Dans le cadre du programme de retour progressif, la somme des revenus nets de toutes sources ne doit pas dépasser 95 % du revenu net que le participant touchait au moment de son invalidité.

Réadaptation – Prestation

Une prestation d'invalidité continue d'être payable dans le cadre d'un programme de réadaptation pour un retour au travail dans une tâche différente, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement que l'assuré prestataire aura quitté.

La prestation totale payable durant un programme de réadaptation est réduite de 50 % du revenu tiré de l'emploi de réadaptation.

Dans le cadre du programme de réadaptation, la somme des revenus nets de toutes sources ne doit pas dépasser 100 % du revenu net que le participant touchait au moment de son invalidité.



Rechute (l'invalidité recommence après un retour au travail)

Dans le cas d'une invalidité attribuable à la même cause et qui survient plus de trois mois consécutifs suivant votre retour au travail à temps plein, ou s'il s'agit d'une invalidité sans relation avec la précédente, tout le processus reprendra immédiatement. Vous recevrez donc, après le délai de carence, toutes les prestations d'invalidité de courte durée auxquelles vous avez droit, puis, le cas échéant, les prestations d'invalidité de longue durée prendront effet.

Si vous êtes de nouveau invalide pour la même cause ou pour une cause connexe moins de trois mois consécutifs suivant votre retour au travail à temps plein, les prestations d'invalidité reprendront immédiatement et au même niveau.

Exclusions

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- Lorsque l'invalidité est attribuable à une cessation de travail à plein temps pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, sauf si la chirurgie ou le traitement est dû à une blessure accidentelle
- Lorsque l'invalidité totale résulte d'une blessure volontaire que l'assuré soit sain d'esprit ou pas
- Lorsqu'une maladie ou une blessure résulte d'une insurrection, d'une guerre ou d'un acte de guerre, de la participation active à une émeute ou à un attentat contre l'ordre public
- Toute maladie ou blessure résultant de la toxicomanie, de l'éthylisme ou de l'alcoolisme, sauf si l'assuré est en cure fermée de désintoxication approuvée par l'assureur
- Pendant une période durant laquelle le participant est en vacances et reçoit pleine rémunération
- Pendant une période durant laquelle le participant est rémunéré par son employeur, sous réserve des dispositions relatives aux programmes de retour progressif et de réadaptation
- Pendant une période durant laquelle le participant est incarcéré à cause de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il est reconnu coupable
- Pendant une période durant laquelle le participant refuse de travailler à l'essai ou à temps partiel ou de participer à un programme de travail modifié ou de réadaptation, tel que recommandé par l'assureur
- Pendant une période durant laquelle le salarié ne suit pas le traitement médical qui est requis selon l'assureur
- Pendant une période durant laquelle le participant s'absente du Canada ou des États-Unis pour plus de 90 jours consécutifs
- Les prestations sont payables durant une période d'invalidité totale dont la cause est reliée à une grossesse, à l'exception de la période correspondant à un congé pris ou qui pourrait être pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'employée et l'établissement aux termes des dispositions d'une convention collective ou d'un engagement verbal ou écrit ou d'une période pendant laquelle l'assurée reçoit des prestations de maternité en vertu de l'assurance-emploi
- Les frais exigés par le médecin pour remplir le formulaire de demande de règlement d'invalidité, ou autres, ne sont pas remboursables

Exclusion relative à l'état de santé antérieur

Un participant qui était couvert en vertu d'un autre régime collectif privé d'assurance salaire au moment de son embauche ou de l'entrée en vigueur du Programme d'assurance collective de la FEPP n'est pas soumis à la présente clause.

Un état de santé antérieur signifie une blessure ou une maladie qui a été contractée par le participant ou dont il a souffert ou dont les symptômes ont été examinés par un médecin ou pour lesquelles le participant a été traité ou a pris des médicaments, et ce, au cours de la période de 3 mois précédant son embauche.

Aucune prestation d'assurance salaire n'est payable pour une invalidité qui découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur et qui a débuté au cours des 12 premiers mois après l'embauche du participant.



Modification de votre protection

Réadhésion annuelle

L'employé qui est activement au travail ou qui reçoit des prestations d'invalidité et qui est admissible au Programme d'assurance collective de la FEPP peut diminuer le niveau de sa protection en vertu des protections facultatives lors de la période de réadhésion annuelle. Il peut également en hausser le niveau lors de cette période de réadhésion annuelle sous réserve de l'exclusion relative à l'état de santé antérieur. En d'autres termes, il ne pourra être couvert au nouveau niveau de protection pendant un an pour toute invalidité résultant d'une cause pour laquelle il a été traité dans les 90 jours précédant la modification de sa protection.

Aucune modification n'est permise lors d'un congé autorisé à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEPP Service des assurances).

Événements de vie

Il est possible de modifier sa protection à la hausse sans preuves de bonne santé dans les 31 jours où vous acquérez une première personne à charge.

Toutefois, aucune bonification n'est permise lors d'un congé autorisé à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEPP Service des assurances).

Cessation de la prestation

Les versements de la prestation cessent à la première des dates suivantes :

- À la date à laquelle le participant cesse d'être totalement invalide, à la retraite, au décès, à l'âge de 65 ans, à la date prévue de fin de contrat pour les employés contractuels
- La date à laquelle le participant refuse de participer de bonne foi à un programme de travail modifié ou de réadaptation ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel que l'assureur a recommandé
- La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable

Fin de la protection

L'assurance invalidité de courte et de longue durée prennent fin, **selon le premier événement**, à la cessation d'emploi, à la retraite, au décès, à l'âge de 65 ans ou lorsque l'établissement cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEPP.

À noter que la prime pour l'assurance invalidité de longue durée ne sera plus facturée à compter de votre 64^e anniversaire de naissance (la prime de l'assurance invalidité de courte durée continuera d'être facturée jusqu'à votre 65^e anniversaire).

Situations particulières

Consultez la section **Conditions générales** pour connaître les dispositions applicables en cas de situations particulières.

Informations supplémentaires

Capsules vidéos :

[Rôles et responsabilités](#)

[En cours d'invalidité](#)

[Au début de l'invalidité](#)

[Au retour d'une invalidité](#)



Assurance vie et assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

Un tableau sommaire des caractéristiques de chacun des modules figure au début de la brochure.

Protection de base

Pour le participant :

À votre décès, quelle qu'en soit la cause, la prestation d'assurance vie indiquée dans votre compte SARAF sera versée à votre bénéficiaire. Si votre décès résultait d'un accident, un montant additionnel égal à celui de la protection de base précitée, serait payable, sous réserve d'un maximum de 500 000\$.

Si vous subissiez une blessure grave qui résulterait en une perte indiquée au **Tableau des pertes** apparaissant plus loin dans la présente section, une indemnité vous serait versée ; elle serait calculée selon le pourcentage de la prestation prévue pour la protection de base.

Pour les personnes à charge :

Si votre protection de base, en assurance vie, est le module D ou E, vos personnes à charge sont également couvertes en cas de décès ; advenant le décès de votre conjoint, vous recevrez une somme de 10 000\$ et chaque enfant admissible est assuré pour 5 000\$.

Protections facultatives

Les protections facultatives vous donnent la possibilité de bonifier la protection de base en fonction de vos besoins personnels et de ceux de votre famille. Elles mettent à votre disposition un large éventail de choix quant aux niveaux de protection possibles.

Assurance vie du participant

Cette protection facultative vous permet de souscrire, au choix, une assurance vie supplémentaire, par tranche de 10 000\$. La couverture maximale est de 25 tranches, soit 250 000\$. Les taux de primes, que vous retrouverez dans votre compte SARAF, sont établis en fonction de votre âge, de votre sexe et de votre statut de fumeur ou de non-fumeur.

À votre date d'admissibilité et dans les 31 jours suivants, vous pouvez, dépendant de votre module de base, souscrire un certain nombre de tranches sans avoir à fournir de preuves de bonne santé. Ainsi, pour les groupes ayant les modules de base A, B et C, vous pouvez obtenir jusqu'à 7 tranches sans devoir fournir de preuves de bonne santé ; dans le cas du module D, vous avez la possibilité de demander jusqu'à 4 tranches sans preuves de bonne santé. Enfin, dans le cas du module E, vous devez fournir des preuves de bonne santé quel que soit le nombre de tranches demandées. Le capital combiné d'assurance vie de base et facultative global est plafonné à 500 000\$.

Si vous décidez de ne pas adhérer dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité, vous pourrez y adhérer à tout autre moment durant l'année sur présentation de preuves de bonne santé.

Assurance vie des personnes à charge

Vous pouvez aussi souscrire une assurance sur la vie de votre conjoint et de vos enfants à charge admissibles, par tranche de 5 000\$ pour le conjoint et de 2 000\$ pour les enfants. La couverture maximale est de 20 tranches, soit 100 000\$ pour le conjoint et 40 000\$ pour chaque enfant.

Aucune preuve de bonne santé n'est requise pour les enfants à charge.

Aucune preuve de bonne santé n'est requise pour votre conjoint pour tous montants de capital assuré de 70 000\$ ou moins, si la protection d'assurance est souscrite dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité à l'assurance ou suivant l'ajout de votre conjoint à titre de première personne à charge. Après ce délai, vous pourrez y adhérer à tout autre moment durant l'année sur présentation de preuve de bonne santé.

Les taux de primes que vous retrouverez dans votre compte SARAF sont établis en fonction de l'âge du conjoint, de son sexe et de sa situation de fumeur ou de non-fumeur. Si vous n'avez pas de conjoint et que vous désirez assurer vos enfants à charge, un taux de prime unique s'applique.

Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)

Vous pouvez également souscrire une assurance décès et mutilation accidentels (DMA) et choisir une garantie personnelle ou familiale. Cette assurance vous couvre vous et vos personnes à charge admissibles, le cas échéant, 24 heures sur 24 partout dans le monde. Vous trouverez les primes afférentes à cette protection dans votre compte SARAF.

Vous fixez votre capital assuré par tranche de 10 000\$ jusqu'à concurrence de 250 000\$.

Si vous assurez vos personnes charge en vertu de la protection familiale, leur garantie en cas de décès et mutilation accidentels varie selon la composition de votre famille au moment de l'événement, comme suit :

- **Conjoint sans enfant :** 60 % de votre capital assuré
- **Conjoint avec enfants :** 50 % de votre capital assuré pour votre conjoint et 10 % de votre capital assuré pour chaque enfant
- **Enfants seulement :** 20 % de votre capital assuré pour chaque enfant.

Par exemple, si vous choisissez un capital assuré de 100 000\$ en vertu de l'option familiale, votre conjoint est assuré pour 50 000\$ et chacun de vos enfants, pour 10 000\$. Si vous avez un conjoint mais pas d'enfant, votre conjoint bénéficie d'une protection de 60 000\$. Par ailleurs, si vous avez des enfants mais pas de conjoint, chaque enfant bénéficie d'un capital assuré de 20 000\$. Dans tous les cas, vous demeurez assuré pour 100 000\$.

Si votre conjoint est aussi assuré en vertu du Programme d'assurance collective de la FEOP, à titre de participant, un seul de vous deux peut opter pour l'option familiale.





Prestations payables – Régime DMA (base et facultatif)

Si vous, ou l'une de vos personnes à charge assurées en vertu de la couverture familiale, décédez ou subissez une blessure grave qui résulte en une perte indiquée ci-après, dans les 365 jours suivant un accident, les sommes suivantes seront payables :

Tableau des pertes

Perte	% du capital assuré
La vie, les deux mains, les deux pieds ou la vision complète des deux yeux	100 %
Une main et un pied, une main et la vision complète d'un œil, un pied et la vision complète d'un œil, ou la parole et l'ouïe des deux oreilles	100 %
Un bras ou une jambe	75 %
La vision complète d'un œil, la parole ou l'ouïe des deux oreilles	66 ^{2/3} %
Le pouce et l'index de la même main	33 ^{1/3} %
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs)	200 %
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs)	200 %
Hémiplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps)	200 %
Usage des deux mains, des deux pieds ou d'une main et d'un pied	100 %
Usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied (ou perte de l'usage)	66 ^{2/3} %
Tous les orteils d'un pied, quatre doigts d'une même main ou l'ouïe d'une oreille	33 ^{1/3} %

« Perte », au sens de la présente garantie, s'entend du sectionnement complet d'une main ou d'un pied au poignet ou à la cheville, ou entre le poignet et le coude ou la cheville et le genou; du sectionnement complet d'un bras ou d'une jambe au coude ou au genou ou au-dessus du coude ou du genou; du sectionnement complet du pouce et doigts d'une main à l'articulation métacarpophalangienne ou au-dessus de celle-ci; du sectionnement complet des orteils à l'articulation métatarsophalangienne ou au-dessus de celle-ci; de la perte irrémédiable et complète de la vue d'un œil; de la perte irrémédiable et complète de l'usage de la parole; de la perte irrémédiable et complète de l'ouïe; et, par rapport à la quadriplégie, à la paraplégie et à l'hémiplégie, de la paralysie irrémédiable et permanente des membres atteints.

La prestation accordée en vertu de la présente garantie pour toutes les pertes subies par le même assuré, à la suite d'un seul et même accident, est limitée comme suit :

- Le capital assuré, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie
- Le double du capital assuré en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie et de survie de l'assuré pendant au moins 90 jours après l'accident, sinon le capital assuré

Suite à un même accident, le montant global d'indemnisation ne peut dépasser le double du capital assuré.



Exposition aux éléments et disparition

Si l'assuré subit une perte parce qu'il a inévitablement été exposé aux éléments, les prestations sont alors payables. Si l'assuré disparaît par suite de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du véhicule dans lequel il voyageait et que son corps n'est pas retrouvé à la fin de l'année qui suit la disparition, l'assurance pour la perte de la vie est alors payable (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Prestations d'études

Si le participant décède et que l'indemnité pour la perte de la vie par accident est payée, une allocation est versée relativement aux frais de scolarité des enfants à charge admissibles du participant. L'allocation correspond aux frais réels raisonnables et nécessaires engagés pour les études des enfants. Les prestations sont payables pour un maximum de 4 années consécutives, jusqu'à concurrence du plafond annuel suivant par enfant :

- 5 % du capital assuré, ou 5 000 \$, selon le montant le moins élevé, pour les études au niveau postsecondaire.

Pour y être admissible, l'enfant doit être soit inscrit à plein temps dans un établissement d'enseignement ou y être inscrit dans les 365 jours de la date du décès du participant (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant). Si, à la date du sinistre, il n'y a aucun enfant à charge admissible, une somme supplémentaire de 2 500 \$ sera versée au bénéficiaire désigné.

Formation professionnelle

Si le participant décède et que l'indemnité pour la perte de la vie par accident est payée, une allocation est versée relativement aux frais suivants : les frais réels de participation à un programme ordinaire de formation professionnelle qui permet au conjoint, au cours des 3 années après le décès, d'acquérir les compétences exigées par un emploi effectif et sans lesquelles il ne serait pas apte à exercer en d'autres circonstances. L'indemnité globale est limitée à 10 000 \$ (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Rapatriement d'un défunt

En cas de décès de l'assuré par suite d'une blessure, les frais engagés pour le rapatriement de la dépouille à la ville où résidait la personne qui est décédée sont payables jusqu'à un maximum de 10 000 \$ (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Déplacement pour raisons familiales

Si une personne assurée ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie en cas de décès et mutilation accidentels ou de pertes fonctionnelles est hospitalisée à au moins 50 kilomètres de sa résidence, les frais réels et raisonnables de logement d'un membre de la famille immédiate de l'assuré et de déplacement par le parcours le plus direct (aller et retour) entre leur résidence et l'hôpital sont remboursés sous réserve d'un maximum de 10 000 \$ (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Réadaptation professionnelle

Sont payables à la personne assurée (employé ou conjoint), les frais raisonnables et nécessaires engagés dans les 3 ans de la date de l'accident pour obtenir une formation spéciale afin de devenir apte à exercer une profession particulière qu'elle n'aurait pas exercée n'eut été cette blessure, en cas de mutilation donnant droit à des prestations payables pour perte accidentelle, jusqu'à un maximum de 10 000 \$ (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).



Frais de garde

Si le participant décède et que l'indemnité pour la perte de la vie par accident est payée, une allocation est versée relativement aux frais de garde des enfants à charge admissibles du participant. L'allocation correspond aux frais réels, raisonnables et nécessaires, engagés pour la garde des enfants. Les prestations sont payables pour un maximum de 4 années consécutives, jusqu'à concurrence d'un plafond annuel par enfant de 5 % du capital assuré, ou 5 000\$, selon le montant le moins élevé. Pour y être admissible, l'enfant doit soit être inscrit à une garderie dûment agréée, soit être inscrit dans les 365 jours de la date du décès et être âgé de moins de 13 ans. Si aucun enfant ne remplit ces conditions ou celles des « prestations d'études », un supplément de 2 500\$ sera versé au bénéficiaire désigné (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Aménagement de la résidence principale/d'un véhicule

Si suite à la perte ou à la perte de l'usage des 2 pieds ou des 2 jambes, à la quadriplégie, la paraplégie ou l'hémiplégie donnant droit à des prestations payables pour perte accidentelle, l'assuré a besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer, les frais admissibles raisonnables engagés pour la transformation d'un logement ou d'un véhicule automobile sont remboursables jusqu'à un maximum de 10 000\$ (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Majoration pour port de ceinture de sécurité

Si l'assuré subit une blessure admissible alors qu'il se trouve à bord d'un véhicule, à titre de conducteur ou de passager, que sa ceinture de sécurité est bien attachée, que le conducteur détient un permis en règle et qu'il n'est pas, au moment de l'accident, sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiant, une somme additionnelle est versée équivalant à 10 % de son capital assuré (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Identification de la dépouille

Si l'assuré décède par suite d'une blessure et si la police ou quelque organisme similaire chargé de l'application de la loi et ayant autorité en la matière exige qu'il est nécessaire de faire identifier sa dépouille par un membre de sa famille immédiate, les dépenses réelles, raisonnables et nécessaires relatives au déplacement par le parcours le plus direct du membre de la famille, incluant les frais de logement et de repas supportés lors du séjour dans la ville où se trouve la dépouille, sont remboursées jusqu'à un maximum de 5 000\$. Il faut toutefois que la dépouille se trouve à au moins 50 kilomètres de la résidence du membre de la famille (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Indemnité hospitalière

Si le participant est hospitalisé à la suite d'une blessure admissible, une allocation quotidienne sera versée au participant équivalant à 1/30 % de son capital assuré, et ce, jusqu'à concurrence de 2 500\$ par mois pour une période d'hospitalisation maximale de 365 jours par accident.

Si l'assuré est hospitalisé à la suite d'une blessure non admissible pendant une période d'au moins 4 jours consécutifs, une indemnité pourrait aussi être versée (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).

Invalidité totale et permanente

Si le participant, qui est âgé de moins de 65 ans, est atteint d'invalidité totale au cours des 365 jours suivant un accident, et qu'il ne peut exercer aucun emploi rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié, ou peut le devenir, en raison de son instruction, de sa formation ou de son expérience, il recevra en un versement unique son capital assuré, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en cas de perte accidentelle par suite du même accident. L'invalidité doit toutefois se poursuivre pendant 12 mois consécutifs, au terme duquel elle est déclarée totale, ininterrompue et permanente à la fin de cette période (ces prestations sont payables par un seul des régimes, le cas échéant).



Décès simultanés (protection facultative seulement)

Si le participant et son conjoint décèdent des suites d'un même accident et qu'ils sont couverts en vertu de la couverture familiale et que les deux décès se produisent dans les 90 jours suivant la date de l'accident, le conjoint est alors couvert pour le même montant que celui du participant, sous réserve d'un maximum de 500 000\$ (un seul des conjoints peut opter pour la protection familiale si les 2 conjoints participent aux assurances de la FEED).

Double indemnité (protection facultative seulement)

Si un enfant à charge assuré subit une perte autre que la vie, l'indemnité est doublée, sous réserve du double du capital assuré. Cette clause ne s'applique toutefois pas si l'enfant décède dans les 90 jours qui suivent l'accident.

Limite globale d'indemnité

La prestation accordée en vertu de la présente garantie pour l'ensemble des pertes subies par plusieurs assurés, attribuables à un seul et même accident, est limitée à 5 000 000\$.

Modification de votre protection

Si vous décidez de ne pas adhérer aux protections facultatives d'assurance vie dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité à ces régimes, vous pourrez y adhérer à tout autre moment durant l'année sur présentation de preuves de bonne santé (pour vous ou votre conjoint selon le cas).

L'ajout d'une première personne à charge (mariage, conjoint de fait – nécessite un an de cohabitation déclarée – naissance ou adoption légale d'un premier enfant) constitue un événement de vie. Dans les 31 jours suivant l'ajout de cette première personne à charge, si vous le désirez, il est permis de bonifier votre protection personnelle (sans avoir à présenter de preuves de bonne santé en vie, sous réserve des limites applicables selon la protection de base). Toutefois, aucune bonification n'est permise lors d'un congé autorisé à l'exception d'un congé de maternité, de paternité ou un congé parental pris conformément à une loi provinciale (déclaré et connu de la FEED Service des assurances).

L'assurance décès et mutilation accidentels (DMA) peut être modifiée à la hausse, à tout moment dans l'année, pourvu que vous soyez activement au travail ou que vous receviez des prestations d'invalidité et que vous soyez admissible au Programme d'assurance collective de la FEED à ce moment.

Vous pouvez également diminuer votre protection et celle de vos personnes à charge en vertu des protections facultatives en tout temps, pourvu que vous soyez activement au travail ou que vous receviez des prestations d'invalidité et que vous soyez admissible au Programme d'assurance collective de la FEED à ce moment.



Exclusions

Le capital d'assurance vie de base et facultative est versé en cas de décès, quelle qu'en soit la cause. La seule exception est le suicide en vertu de l'assurance vie facultative, s'il a lieu dans les deux années suivant l'entrée en vigueur de la protection ou d'un changement dans le niveau de la protection.

L'assurance décès et mutilation accidentels ne verse aucune prestation dans le cas d'une perte ou d'un décès causé principalement ou accessoirement par :

- Un suicide ou une mutilation volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou pas
- Une guerre (déclarée ou non) ou tout événement s'y rapportant
- Le service actif à temps plein dans les forces armées
- Le fait que l'assuré est pilote ou fait partie de l'équipage d'un aéronef ou qu'il est à bord d'un aéronef appartenant à l'établissement ou exploité par celui-ci ou qui est le preneur du bail
- Toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail

Désignation du bénéficiaire

Le bénéficiaire du participant est la ou les personnes que vous désignez par écrit pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie d'assurance vie du participant et de la garantie d'assurance décès et mutilation accidentels du participant, de la garantie d'assurance vie facultative du participant et de la garantie facultative d'assurance décès et mutilation accidentels du participant. Vous pouvez désigner un bénéficiaire distinct pour chacune de ces garanties, le cas échéant. Si votre bénéficiaire décède avant vous, les prestations seront versées à votre succession.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire à votre gré (sous réserve des lois provinciales applicables). Il vous suffit d'apporter le changement dans votre compte SARAF.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable requiert le consentement de ce dernier pour tout changement ultérieur. Si vous désignez un bénéficiaire mineur irrévocable, notez que cette désignation pourra uniquement être modifiée, avec consentement du bénéficiaire, lorsqu'il aura atteint l'âge de 18 ans.

Si vous désignez votre succession comme bénéficiaire, nous vous recommandons fortement de faire un testament afin d'assurer le prompt versement des indemnités selon vos désirs.

C'est à vous que seront versés, à titre de bénéficiaire, le produit de l'assurance sur la vie et DMA de vos personnes à charge et les prestations de DMA si vous subissez vous-même des blessures accidentelles.

L'assureur, votre employeur et la FEEP Service des assurances ne sont pas responsables de la convenance ou de la validité d'une désignation de bénéficiaire ou d'un changement de désignation de bénéficiaire.



Fin de la protection

Votre protection de base et celle de vos personnes à charge, le cas échéant, prennent fin **selon le premier événement** : à votre cessation d'emploi, à votre retraite (voir la section **Protections facultatives à la retraite** ci-dessous), ou encore, advenant que votre établissement cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEEP.

Votre protection facultative, le cas échéant, prend fin à la même date que votre protection de base.

La protection facultative pour vos personnes à charge, le cas échéant, prend fin **selon le premier événement** : à la même date que votre protection de base, ou à la date à laquelle vous mettez fin à la protection.

Situations particulières

Consultez la section **Conditions générales** pour connaître les dispositions applicables en cas de situations particulières.

Protections facultatives à la retraite

Lors de votre retraite, vous pouvez être couvert par une assurance vie collective, si vous remplissez les critères d'admissibilité et en faites la demande dans les 31 jours qui suivent votre départ à la retraite (sans preuves de bonne santé) ou dans les 12 mois (avec preuves de bonne santé) qui suivent votre départ à la retraite.

La couverture des retraités a été mise sur pied conjointement avec l'Association des retraitées et des retraités de l'enseignement privé (ARREP). Vous devez adhérer et payer les frais de cotisation annuelle à l'association pour avoir accès à ce programme.

Les coûts des protections sont entièrement à votre charge et les garanties sont disponibles, sans preuves de bonne santé, si souscrites dans les délais prescrits.

Pour obtenir l'information complète sur les critères d'admissibilité, les garanties offertes ainsi que les primes payables, rendez-vous dans votre compte SARAF à la section « Documentation – Programme d'assurance des retraités de l'enseignement privé ».



Droit de transformation

Pour le participant :

Si votre assurance vie de base et facultative, le cas échéant, sont résiliées en raison de votre retraite, de votre cessation d'emploi ou advenant que votre employeur cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEEP*, vous pouvez transformer, dans les 31 jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de votre protection d'assurance vie de base et facultative, en une police d'assurance vie individuelle, et ce, sans avoir à soumettre de preuves de bonne santé.

Le capital assuré est plafonné à 400 000\$. Ce montant d'assurance (capital assuré) est réduit de tout montant d'assurance vie auquel vous êtes admissible en vertu d'un nouveau contrat d'assurance collective.

Advenant votre décès pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de votre assurance vie, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance vie qui aurait pu être transformé, peu importe que vous ayez ou non demandé de transformer votre assurance vie en une police individuelle.

* Si l'établissement décide de résilier l'assurance collective, vous pouvez transformer votre assurance vie selon les dispositions décrites ci-dessus seulement si vous avez été assuré pendant 5 années consécutives. Toutefois, le montant maximal de protection dans ce cas se limite à 3 fois le maximum des gains admissibles en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.

Vous pouvez également transformer votre assurance décès et mutilation accidentels (DMA), de base et facultative, dans les 31 jours suivant la résiliation de votre assurance, sous réserve du capital assuré auquel vous avez droit au moment de la résiliation.

Pour le conjoint :

Si l'assurance vie de base de votre conjoint est résiliée en raison de votre retraite, de votre cessation d'emploi ou advenant que votre employeur cesse de participer au Programme d'assurance collective de la FEEP, vous pouvez transformer, dans les 31 jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de la protection d'assurance vie de base de votre conjoint, en une police d'assurance vie individuelle, et ce, sans avoir à soumettre de preuves de bonne santé.

En ce qui concerne l'assurance vie facultative de votre conjoint, les mêmes provisions s'appliquent. Si vous ne soumettez pas de demande de transformation à ce moment, vous ne pourrez pas transformer l'assurance vie facultative de votre conjoint ultérieurement (lors de votre résiliation).

Le capital assuré est plafonné à 400 000\$. Ce montant d'assurance (capital assuré) est réduit de tout montant d'assurance vie auquel votre conjoint est admissible en vertu d'un nouveau contrat d'assurance collective.

Veillez communiquer avec la FEEP Service des assurances afin d'obtenir le formulaire à remplir si vous souhaitez effectuer une demande de transformation.

Informations supplémentaires

Capsules vidéos :

[Assurance vie facultative : bien évaluer mes besoins](#)

[Bien choisir les bénéficiaires de mon assurance vie](#)



Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF)

Votre Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF) vous apporte un soutien immédiat et confidentiel pour vous aider à résoudre vos préoccupations en matière de travail, de santé ou de vie.

Comprendre votre PAEF

En tant que participant au Programme d'assurance collective de la FEEP, vous et les membres de votre famille immédiate pourrez bénéficier de consultations cliniques ou d'accompagnement aux saines habitudes de vie, incluant des services-conseils téléphoniques pour des questions légales ou financières.

Gratuité

L'utilisation du PAEF est gratuite pour vous. Vous pouvez obtenir une série de séances de counseling. Si vous avez besoin d'une aide plus spécialisée ou de longue durée, l'équipe de Solutions Mieux-être LifeWorks de TELUS Santé vous suggérera le service correspondant le mieux à vos besoins. Bien que vous deviez assumer les frais de ces services supplémentaires, certains d'entre eux pourraient être couverts par votre régime provincial d'assurance maladie ou par la protection de soins médicaux du Programme d'assurance collective de la FEEP.

Confidentialité

Votre PAEF est entièrement confidentiel, dans le cadre défini par la loi. Personne, y compris votre employeur, ne saura que vous avez utilisé le service, à moins que vous en parliez vous-même.

Solutions Mieux-être LifeWorks de TELUS Santé

Optimiser votre bien-être

- Stress
- Problèmes de santé mentale
- Deuil et perte
- Situations de crise

Gérer vos relations familiales

- Communication
- Séparation et divorce
- Parentalité



Gérer un problème professionnel

- Stress
- Rendement
- Équilibre travail-vie personnelle

Résoudre un problème de dépendance

- Alcool
- Drogues
- Tabagisme
- Jeu

Obtenir des conseils juridiques

- Droit de la famille
- Séparation et divorce
- Garde d'un enfant

Obtenir des conseils financiers

- Gestion de la dette
- Faillite
- Retraite

Améliorer votre nutrition

- Gestion du poids
- Hypercholestérolémie et hypertension
- Diabète

Prendre soin de votre santé

- Comprendre les symptômes
- Améliorer le sommeil
- Identifier un problème de santé
- Programme en ligne de mise en forme

Pour obtenir une aide confidentielle en tout temps, contactez Solutions Mieux-être LifeWorks de TELUS Santé en composant :

1 855 465-5271

Vous trouverez également plusieurs conseils à propos des différents services offerts en visitant la page de votre établissement sur le site Internet de Solutions Mieux-être LifeWorks de TELUS Santé :

integrale.telussante.com

Nom d'utilisateur : feep

Mot de passe : FEEP



Demandes d'indemnités

Les demandes d'indemnités (réclamations) se font selon les garanties d'assurance :

Soins médicaux et dentaires

FEEP Service des assurances met à votre disposition une **carte de paiement direct** pour la transmission électronique de vos réclamations concernant les médicaments et les soins dentaires admissibles. Au moment de l'achat ou du traitement, vous ne paierez que la partie des frais qui ne sont pas couverts par votre régime. Ce mode de paiement vous évitera, dans la majeure partie des cas, la nécessité de remplir un formulaire.

Il est également possible de soumettre vos **réclamations en ligne**. Pour ce faire, vous devez créer votre compte dans l'Espace client du site de iA Groupe financier (Industrielle Alliance) (ia.ca) et adhérer au dépôt direct et à l'avis électronique. Vous devrez conserver vos reçus originaux pour une période de 12 mois, car il se pourrait que votre demande fasse l'objet d'une vérification aléatoire.

Vous pouvez également soumettre vos réclamations par la poste en utilisant les formulaires de réclamations prévus à cet effet et en joignant vos reçus originaux. Nous vous encourageons toutefois à utiliser les services en ligne de l'assureur puisque ceci vous permettra d'obtenir vos remboursements plus rapidement.

Les formulaires sont disponibles en ligne comme suit :

- **Soins médicaux**
 - dans l'Espace client du site de iA
- **Soins dentaires**
 - dans l'Espace client du site de iA
 - le formulaire normalisé disponible chez votre dentiste est également accepté

Dans tous les cas, vous devez soumettre vos réclamations au plus tard 12 mois suivant la date où les frais ont été encourus ou dans les 90 jours suivant une cessation de couverture.

Soumettre une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse est considéré comme un crime lorsque l'assuré soumet cette demande consciemment et avec l'intention de frauder l'assureur et la police d'assurance collective.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape pour fraude ou fausse déclaration, même après qu'un paiement ait été émis.



Assurance invalidité

Pour les demandes touchant l'assurance invalidité, il importe que le formulaire initial soit soumis dans SARAF par le répondant administratif dans les 60 jours du début de l'arrêt de travail.

Assurance vie et DMA

En ce qui concerne les réclamations d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation accidentels, le formulaire de réclamation assurance vie devra être transmis à la FEEP Service des assurances dans les plus brefs délais. Le formulaire est disponible dans votre compte SARAF (section « Documentation », rubrique « Formulaires »). Pour toutes questions, veuillez communiquer avec la FEEP Service des assurances.

Assistance hors de la province en cas d'urgence

Accident d'automobile survenant à l'extérieur du Québec

Si vous engagez des frais médicaux et désirez obtenir de l'assistance médicale, vous devez de communiquer immédiatement avec la SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec) aux numéros suivants :

Canada – États-Unis : 1 800 463-6898

Autres pays, à frais virés : 418 646-9884

Urgence médicale à l'extérieur de la province de résidence

Pour le participant et ses personnes à charge admissibles protégés en vertu du régime des soins médicaux du Programme d'assurance collective de la FEEP, veuillez utiliser le numéro de téléphone applicable indiqué à l'endos de votre carte de paiement direct ; un préposé sera alors en mesure de vous aider. Les numéros de téléphone sont les suivants :

Appels des États-Unis (sans frais) : 1 800 203-9024

Autres pays, à frais virés : 514 499-3747

Pour toute situation nécessitant des soins d'urgence à l'extérieur du Canada, veuillez communiquer avec CanAssistance **avant d'engager tout frais**, ils seront en mesure de prendre en charge la situation et de vous guider.

Par la suite, l'assureur analysera la réclamation et se chargera des démarches auprès de la RAMQ pour se faire rembourser les frais couverts par le régime provincial.



Outils numériques

SARAF

À partir du portail SARAF (saraf.feep.qc.ca), vous pouvez faire la gestion de votre dossier d'assurance, notamment pour :

- Adhérer au programme
- Changer vos protections lors d'événements de vie
- Déclarer le statut de vos enfants étudiants
- Faire une demande d'exemption pour les soins médicaux et/ou dentaires
- Désigner/modifier vos bénéficiaires
- Voir vos choix de protections et leurs coûts (section « Mes choix »)
- Télécharger certains formulaires administratifs (p. ex., adhésion au dépôt direct pour les prestations d'invalidité et preuves de bonne santé)
- Consulter la documentation sur le programme, dont l'outil d'aide - Est-ce que le module de base répond à vos besoins?, les guides et les capsules d'information
- Modifier certains renseignements personnels comme votre adresse postale ou votre adresse courriel
- Procéder à votre réadhésion annuelle

Important :

Lorsque la gestion de votre dossier le requiert, SARAF vous demandera de faire des déclarations et de confirmer des renseignements. Ainsi, vous n'aurez pas à fournir de pièces justificatives à la FEEP Service des assurances, mais elle se réserve le droit de faire des vérifications aléatoires. **C'est pourquoi il sera important que vous conserviez la pièce justificative à l'appui de votre demande.**

Événements SARAF

Voici la liste des événements qui peuvent être déclarés dans SARAF :

Par votre répondant administratif :

- Ajout d'un participant (adhésion)
- Cessation d'emploi ou fin d'admissibilité ou retraite
- Départ progressif à la retraite
- Congé de maternité/paternité/parental
- Congé autorisé (autre que maternité/paternité/parental)
- Décès
- Réduction de tâche temporaire
- Changement de salaire (unique ou en lot)
- Changement de corps d'emploi
- Changement de statut d'emploi
- Changement du statut de désactivation estivale (applicable aux mois de juillet et août)
- Déclarer une invalidité
- Terminer une invalidité



Par vous :

- Adhésion
- Ajout/retrait/décès de conjoint
- Ajout/retrait/décès d'enfant
- Changement au statut fumeur/non-fumeur
- Changement de statut étudiant ou handicapé pour enfants à charge
- Maintien de l'exemption en soins dentaires pour enfants
- Changement significatif au régime collectif du conjoint
- Modification de la couverture facultative en assurance vie et DMA
- Exemption des soins médicaux après 65 ans
- Exemption des soins médicaux pour le conjoint après 65 ans
- Changement de désignation de bénéficiaire

Preuves de bonne santé

Des preuves de bonne santé peuvent être parfois requises pour une demande d'assurance vie facultative à l'adhésion ou lors d'une modification. Vous trouverez ce formulaire dans votre compte SARAF.

Une fois que vous aurez imprimé le formulaire, veuillez le remplir en entier et, si requis, annexer les documents demandés.

Nous vous suggérons de conserver une copie du formulaire avant de le transmettre directement à iA soit par la poste ou par télécopieur. Les coordonnées figurent sur le formulaire.

Espace client (iA)

En tant qu'assuré, vous avez également accès à l'Espace client, une plateforme qui vous permet notamment de :

- Soumettre et suivre vos réclamations de soins médicaux et dentaires
- Adhérer au dépôt direct et aux notifications par courriel
- Consulter l'historique de vos réclamations
- Utiliser l'outil de recherche de médicaments WebRx
- Vérifier l'admissibilité des fournisseurs de soins de santé et rechercher des fournisseurs admissibles dans une région spécifique
- Accéder à la plateforme santé et mieux-être

Informations supplémentaires

Capsule vidéo :

[Outils numériques offerts par iA](#)

Avis

Cette brochure résume les principales dispositions du Programme d'assurance collective de la FEED. Elle a été conçue dans le but de vous aider à bien comprendre les diverses dispositions.

Bien que nous nous soyons efforcés de fournir des renseignements précis, en cas de litige, ce sont les termes des contrats et polices d'assurance qui prévalent.

Les lois pertinentes régissent toutes les dispositions du Programme d'assurance collective de la FEED, peu importe les dispositions présentées dans cette brochure.

Les contrats d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation accidentels, d'assurance invalidité, de soins médicaux et de soins dentaires sont émis par iA.

Nous entendons maintenir ce programme en vigueur indéfiniment ; cependant, vu l'impossibilité de prévoir les conditions futures, nous nous réservons le droit de modifier les protections en tout temps ou d'y mettre fin.

Ce document renferme des renseignements importants et devrait être gardé en un lieu connu de vous et de votre famille.



Pour toute question, veuillez contacter la FEEP Service des assurances au
1 888 381-8891 | saraf@feep.qc.ca