

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

**RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE
POUR LES MÉDECINS ET LES OPTOMÉTRISTES
RÉMUNÉRÉS À HONORAIRES FIXES**

assuré par



Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Contrat 9620

1^{er} juillet 2009

IMPORTANT

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès de votre syndicat professionnel.

La Fédération, en collaboration avec La Capitale assurances et gestion du patrimoine, vous présente ce document d'information dans lequel vous retrouverez l'essentiel des dispositions et conditions du régime obligatoire d'assurance maladie pour les médecins et les optométristes rémunérés à honoraires fixes.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'information contenue dans ce document pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit.

Le présent document est distribué à titre de renseignement seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

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

COMMUNICATIONS

Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.), service de l'information professionnelle, à l'un des numéros de téléphone suivants :

Québec :	418 643-8210
Montréal :	514 873-3480
Extérieur de Québec et de Montréal :	1 800 463-4776

Et à l'adresse suivante :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Poste Q013, C.P. 6600
Québec (Québec) G1K 7T3



625, rue Saint-Amable
Case Postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
Téléphone : 418 644-4200 ou sans frais : 1 800 463-4856

Lors de vos communications avec La Capitale, veuillez indiquer :

- Votre nom et adresse;
- Votre numéro de groupe, soit le 9620;
- Votre numéro d'identification.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
1. PRÉAMBULE	6
1.1 Ce régime protège	6
1.2 Ce régime NE protège PAS	6
2. VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'OEIL	7
3. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	10
3.1 Définitions	10
3.2 Admissibilité à l'assurance	14
3.3 Participation à l'assurance	14
3.4 Droit d'exemption	15
3.5 Adhésion à l'assurance	15
3.6 Changement de protection	16
3.7 Droit de transformation	17
3.8 Absence temporaire sans rémunération	17
3.9 Coordination des prestations	17
3.10 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	18
3.11 Terminaison de l'assurance	18
4. STIPULATIONS DIVERSES	19
4.1 Action en justice	19
4.2 Subrogation	19
4.3 Droit des assurés	19
5. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	20
5.1 Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %	20
5.2 Frais admissibles remboursables à 80 % (ou moins si spécifié) (avec franchise)	20
5.3 Exclusions, restrictions et réduction de la garantie	27
5.4 Renseignements	28
5.5 Renonciation à la responsabilité	28
6. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS?	29
6.1 Frais hospitaliers	29
6.2 Frais de médicaments (service de paiement automatisé direct)	29
6.3 Autres frais d'assurance maladie	30
6.4 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident du travail ou d'automobile	30
6.5 Dépôt direct des prestations	30
6.6 Communication avec l'Assureur	30
6.7 Dossier et renseignements personnels	30

7. ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	32
7.1 Assurance voyage avec assistance	32
7.2 Assurance annulation de voyage	36

1. PRÉAMBULE

Les garanties de votre régime d'assurance collective ont été déterminées en considérant vos principaux besoins tout en tenant compte des prestations prévues par les différents régimes gouvernementaux. Nous vous invitons à lire cette brochure afin de connaître ces garanties et les modalités administratives réglementant votre participation au régime.

1.1 Ce régime protège

- tout médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes, à plein temps ou à demi-temps, assujetti à l'entente FMOQ-MSSS ou tout optométriste rémunéré à honoraires fixes et admis à l'assurance. Ce régime s'adresse également à son conjoint et ses enfants à charge, dans le cas d'une protection monoparentale, couple ou familiale selon les règles définies à la section **3.1.19**.

1.2 Ce régime NE protège PAS

- tout médecin omnipraticien ou tout optométriste rémunérés à honoraires fixes qui s'est prévalu de son droit d'exemption (section **3.4**);
- tout médecin omnipraticien ou tout optométriste ayant pris sa retraite.

2. VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'OEIL

Une franchise annuelle de 250 \$ par certificat est applicable aux frais engagés à la fois par l'adhérent, son conjoint et leurs enfants à charge pour les frais admissibles qui apparaissent dans le tableau suivant, sauf ceux relatifs aux frais d'hospitalisation, à l'assurance voyage avec assistance et à l'assurance annulation de voyage.

Le tableau ci-dessous comporte la liste des garanties dont vous bénéficiez. Nous vous référons aux sections 5 et 7 pour tous les détails relatifs à chacune des garanties et pour les exclusions ou limitations.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)			
Garanties	Remboursement maximal ou autre	Pourcentage de remboursement	Ordonnance médicale (note 1)
Chambre d'hôpital au Canada	Chambre privée à 1 lit	100 %	NON
Assurance voyage avec assistance	Remboursement : maximum de 5 000 000 \$/assuré/voyage	100 %	S/O
Assurance annulation de voyage	Remboursement : maximum de 5 000 \$/assuré/voyage	100 %	S/O
Médicaments avec service automatisé de paiement direct (note 2)	S/O	80 % des premiers 2 750 \$ de frais admissibles (incluant la franchise) et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile	OUI
Orthophoniste, audiologiste, ergothérapeute	S/O		OUI
Infirmier	Remboursement : maximum de 10 000 \$/assuré/année civile		OUI
Radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes	S/O		OUI
Échographies	Remboursement : maximum de 300 \$/assuré/année civile		OUI
Tests d'imagerie par résonance magnétique	S/O		OUI
Béquilles, fauteuil roulant et lit d'hôpital	S/O		OUI
Appareil d'assistance respiratoire	S/O		OUI
Appareils orthopédiques (bandage herniaire, corset, attelles, plâtre ou autres appareils)	S/O		OUI
Membre artificiel et prothèse externe	Frais admissibles : maximum de 5 000 \$/prothèse ou membre		OUI
Bas à compression moyenne ou forte	Remboursement : maximum de 3 paires/assuré/année civile		OUI
Prothèse capillaire	Remboursement : maximum viager de 300 \$/assuré		OUI
Chaussures orthopédiques	S/O		OUI
Orthèse plantaire	Remboursement : montant prévu à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied		OUI
Neurostimulateur transcutané	S/O		OUI
Appareil auditif	Frais admissibles : maximum de 600 \$/assuré/48 mois consécutifs		OUI

Note 1 : Lorsqu'une ordonnance médicale est requise, celle-ci devrait indiquer le nom du médicament prescrit ou, dans le cas d'un produit, traitement ou service, le diagnostic, les raisons médicales et les indications thérapeutiques justifiant l'ordonnance de tel produit, traitement ou service ainsi que la durée prévue d'utilisation.

Note 2: Lorsque le médicament acheté est un médicament d'origine pour lequel un générique existe, le pourcentage de remboursement est réduit de 80 % à 71 %.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)			
Garanties	Remboursement maximal ou autre	Pourcentage de remboursement	Ordonnance médicale (note 1)
Glucomètre, réflectomètre	Frais admissibles : maximum de 300 \$/assuré/60 mois consécutifs	80 % des premiers 2 750 \$ de frais admissibles (incluant la franchise) et 100 % des frais excédentaires par certificat, par année civile.	OUI
Appareils thérapeutiques	Remboursement : maximum viager de 10 000 \$/assuré		OUI
Soins et services à domicile - Soins infirmiers - Services d'aide à domicile - Frais de transport - Frais de garde des enfants	Frais admissibles : maximum de 60 \$/jour Frais admissibles : maximum de 60 \$/jour Frais admissibles : maximum de 30 \$/déplacement (aller et retour et maximum de 3 déplacements (aller et retour)/semaine Frais admissibles : maximum de 25 \$/enfant/jour		OUI OUI OUI OUI
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Frais admissibles : maximum de 30 \$/traitement pour l'ensemble de ces professionnels		OUI
Dietétiste, acupuncteur, chiropraticien, podiatre, ostéopathe, naturopathe et homéopathe	- Frais admissibles : maximum de 30 \$/traitement ou consultation - Remboursement : maximum de 400 \$/assuré/année civile pour l'ensemble de ces professionnels incluant les radiographies par un chiropraticien : maximum de 50 \$ admissibles/assuré/année civile		NON
Chirurgien-dentiste (à la suite d'un accident)	Traitements débutés dans les 12 mois suivant l'accident		NON
Ambulance	S/O		NON
Frais de transport par avion ou par train d'un malade alité	S/O		OUI
Maison de convalescence	Chambre semi-privée		NON
Séjour en clinique privée	- Frais admissibles : maximum de 80 \$/jour - Remboursement : maximum viager de 2 500 \$/assuré		NON
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	- Remboursement : maximum de 5 000 \$/assuré/accident - Traitements débutés dans les 12 mois de la date de l'accident et terminés dans les 36 mois de cette date	NON	
Psychiatre, psychanalyste et psychologue	Remboursement : maximum de 1 000 \$/assuré/année civile pour l'ensemble de ces professionnels	50 %	OUI

Note 1 : Lorsqu'une ordonnance médicale est requise, celle-ci devrait indiquer le nom du médicament prescrit ou, dans le cas d'un produit, traitement ou service, le diagnostic, les raisons médicales et les indications thérapeutiques justifiant l'ordonnance de tel produit, traitement ou service ainsi que la durée prévue d'utilisation.

3. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

3.1 Définitions

3.1.1 Adhérent

Un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps, assujéti à l'entente FMOQ-MSSS ou un optométriste rémunéré à honoraires fixes, admissible à l'assurance et assuré en vertu du présent contrat.

3.1.2 Accident

Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause.

3.1.3 Âge

L'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

3.1.4 Alcoolisme et toxicomanie

Désignent l'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se dispenser d'alcool ou de la drogue sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.

3.1.5 Assisteur

Canassistance inc. ou toute autre entreprise d'assistance désignée par l'Assureur.

3.1.6 Assuré

L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu de ce contrat.

3.1.7 Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Centre d'hébergement et de soins de longue durée autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux en tout temps. Les hôpitaux pour soins de courte durée légalement désignés comme tels, les centres de convalescence ou de réadaptation, les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les sanatoriums ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

3.1.8 Centre de réadaptation

Centre de réadaptation ou maison de convalescence légalement désignés comme tels, autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux en tout temps. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les foyers pour malades mentaux, les maisons de repos ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

3.1.9 Centre hospitalier

Centre hospitalier au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi et les centres d'hébergement et de soins de longue durée. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.

3.1.10 Date de la retraite

La date du premier versement de la rente de retraite du membre en vertu du régime de retraite R.R.E.G.O.P., lequel prévoit que la retraite débute le jour où il prend sa retraite.

3.1.11 Délai de carence

Une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable par l'Assureur.

3.1.12 Dentiste

Toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.

3.1.13 Établissement

Un établissement tel que défini au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3.1.14 Franchise

La partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.

3.1.15 Hospitalisation

L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.

3.1.16 Invalidité

État d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une complication grave d'une grossesse, nécessitant des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de ses fonctions ou de fonctions analogues et comportant une rémunération de niveau similaire, peu importe sa provenance.

3.1.17 Maladie

Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse et toute complication résultant d'un don d'organe.

3.1.18 Membre

Tout médecin omnipraticien rémunéré par la RAMQ selon le mode des honoraires fixes ou tout optométriste rémunéré à honoraires fixes.

3.1.19 Période d'invalidité

Toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives d'invalidité séparées par moins de 15 jours d'activités professionnelles, à moins que l'adhérent n'établisse à la satisfaction de l'établissement, de son mandataire ou de la RAMQ qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

RESTRICTIONS

Une période d'invalidité n'est pas reconnue comme une période d'invalidité, aux fins des présentes, si elle résulte:

- de la participation à un voyage aérien par l'exercice de toute fonction s'y rattachant, notamment en tant que membre de l'équipage de l'appareil, sauf lors d'un dépannage pour les médecins omnipraticiens autorisés par le comité paritaire sur le dépannage ou lorsqu'un médecin agit à titre d'accompagnateur pour un patient;
- d'une guerre déclarée ou non ou de service dans les forces armées;
- de blessures que l'adhérent s'est lui-même fait subir intentionnellement, sauf si elles surviennent dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale;
- d'alcoolisme ou autre toxicomanie;
- de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation dans un centre hospitalier ou établissement pour alcooliques ou toxicomanes est reconnue comme une période d'invalidité; de même, est reconnue comme une période d'invalidité une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de 3 semaines au cours d'une période de 12 mois consécutifs.

3.1.20 Personne à charge

Le conjoint ou l'enfant à charge, tel que défini ci-après.

a) Conjoint

Par conjoint, on entend l'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié légalement ou est uni civilement à l'adhérent; ou
- ii) vit maritalement depuis au moins un an ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent; ou
- iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage;
- la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour tous les régimes du contrat.

b) Enfant à charge

Par enfant à charge on entend un enfant de l'adhérent, de son conjoint ou des deux, non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de l'adhérent ou du conjoint pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de 18 ans; ou
- est âgé de 25 ans ou moins et fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu; ou
- quel que soit son âge, s'il a été frappé d'incapacité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

3.1.21 Proche parent

Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits-enfants de l'assuré.

3.1.22 RAMQ

Régie de l'assurance maladie du Québec.

3.1.23 RGAM

Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

3.2 Admissibilité à l'assurance

3.2.1 Tout membre rémunéré selon le mode des honoraires fixes assujetti à l'entente FMOQ-MSSS est admissible à l'assurance à compter de la date indiquée ci-dessous et jusqu'à la prise effective de sa retraite :

- a) tout membre à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à 27 heures tel qu'indiqué à l'avis prévu à l'entente FMOQ-MSSS : **après un mois de service;**
- b) tout membre à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est de moins de 27 heures et tout membre à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte 17,5 heures, tel qu'indiqué à l'avis prévu à l'entente FMOQ-MSSS : **après 3 mois de service.**

Dans le calcul du délai d'admissibilité, la première date d'entrée en service à titre de demi-temps s'applique au membre qui cumule cette qualité dans plus d'un établissement.

Un membre rémunéré selon le mode des honoraires fixes qui travaille occasionnellement un nombre d'heures moindre que celui prévu à la période d'activités professionnelles prévue à sa nomination est également admissible à l'assurance.

3.2.2 Le fait pour un membre rémunéré selon le mode des honoraires fixes de cesser d'exercer sa profession dans un établissement pour l'exercer de nouveau dans un autre établissement n'interrompt pas la durée de son service pour les fins de déterminer son admissibilité à l'assurance s'il s'est écoulé 12 mois ou moins entre la cessation et la reprise.

Le membre doit cependant avoir avisé la RAMQ, dans les 3 mois de la cessation de ses activités professionnelles dans un établissement, qu'il est de son intention de reprendre ultérieurement ses activités professionnelles dans le même ou un autre établissement selon le même mode de rémunération. La même règle s'applique dans un cas de renouvellement de la nomination du membre dans un même établissement.

3.2.3 Les personnes à charge du membre admissible sont admissibles à l'assurance à la même date que le membre lui-même si elles sont déjà des personnes à charge, sinon à la date où elles le deviennent.

3.3 Participation à l'assurance

La participation à l'assurance est obligatoire pour tout membre qui remplit les conditions d'admissibilité à moins de se prévaloir du droit d'exemption décrit à la section 3.4. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise par l'Assureur.

La participation à l'assurance est obligatoire pour les personnes à charge du membre à moins qu'elles soient déjà protégées par une police d'assurance collective.

Les nouveaux enfants d'un membre invalide qui participe déjà à l'assurance maladie pour le conjoint et les enfants à charge sont automatiquement assurés dès la naissance.

Toutefois, il est possible pour un membre sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer, pour la garantie d'assurance maladie, sa protection familiale en une protection individuelle ou monoparentale. Un membre qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

3.4 Droit d'exemption

Un membre ou les personnes à sa charge peuvent toutefois, moyennant un préavis écrit du membre à la RAMQ, refuser ou cesser d'adhérer à la garantie d'assurance maladie, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils sont assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires ou qu'il est lui-même assuré à titre de personne à charge en vertu du présent contrat. Le droit d'exemption prend alors effet le premier jour de la période de prime suivant la réception de la demande par l'Assureur.

Un membre qui a refusé ou cessé de participer à l'assurance peut y participer aux conditions suivantes :

1. Il doit établir, à la satisfaction de l'Assureur,
 - a) qu'antérieurement il était assuré comme personne à charge en vertu du présent contrat ou de tout autre contrat accordant une protection similaire,
 - b) qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré;
 - c) il doit présenter sa demande dans les 30 jours suivant la cessation de son assurance; l'assurance en vertu du présent contrat prend alors effet à cette date.
2. Si la demande d'assurance est reçue par l'Assureur plus de 30 jours après la date de cessation de son assurance, l'assurance en vertu du présent contrat prend effet à la date de réception de la demande.
3. Dans le cas d'un membre ou de l'une de ses personnes à charge qui, antérieurement à sa demande, n'était pas assuré en vertu du présent contrat, l'Assureur n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être versées par l'Assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation ou de transformation ou autrement.

3.5 Adhésion à l'assurance

Membre

Chaque membre à honoraires fixes, admissible au présent régime, choisit une des protections suivantes :

- protection **individuelle** qui protège le membre seulement
- protection **monoparentale** qui protège le membre et ses enfants à charge
- protection **couple** qui protège le membre et son conjoint
- protection **familiale** qui protège le membre, son conjoint et ses enfants à charge

L'adhésion doit être signifiée par écrit à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité. Tout membre ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai se verra attribuer une protection individuelle chez l'Assureur.

Si le statut attribué au membre est erroné, ce dernier dispose d'un délai de 31 jours après la réception de son attestation d'assurance pour changer son statut en signifiant sa demande de changement par écrit à l'Assureur.

Membre âgé de 65 ans ou plus

L'adhérent qui atteint l'âge de 65 ans est inscrit automatiquement au RGAM et doit choisir l'une des **2 options** suivantes :

- 1) S'assurer auprès de la RAMQ pour les médicaments à compter de son 65^e anniversaire;
ou
- 2) Demeurer assuré auprès de La Capitale pour les médicaments à compter de son 65^e anniversaire.

Si l'adhérent choisit **l'option 1**, il n'a aucune démarche à effectuer, puisque, à moins d'indication contraire, La Capitale et la RAMQ considèrent que cette option est exercée par défaut par l'adhérent qui atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, si l'adhérent a des personnes à charge, il doit inscrire son conjoint et ses enfants à charge, s'il y a lieu, au régime public d'assurance médicaments en communiquant avec la RAMQ. L'adhérent et ses personnes à charge, s'il y a lieu, conservent toutes les autres garanties d'assurance maladie prévues au contrat de l'Assureur. Cette option, une fois choisie ou établie par défaut, est irrévocable.

Si l'adhérent choisit **l'option 2**, il doit aviser par écrit l'Assureur dans les 30 jours précédant son 65^e anniversaire de naissance de son intention de maintenir sa protection de médicaments et il devra payer la prime additionnelle applicable selon le statut de protection demandé lors de l'adhésion. De plus, il doit signifier son désengagement du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ lorsqu'il atteint 65 ans, sinon, il devra payer la prime à la RAMQ même s'il ne bénéficie pas du régime public. Si l'adhérent choisit cette option, il pourra en tout temps la modifier et se réinscrire à la RAMQ.

3.6 Changement de protection

Tout membre peut faire une demande de changement à la suite de l'un des événements suivants : le mariage ou l'union civile, la séparation ou le divorce, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant, le décès d'une personne à charge ou la fin de l'assurance d'une personne à charge exemptée.

Le membre doit aviser l'Assureur de son désir d'apporter un changement à sa protection d'assurance avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant un tel événement.

L'entrée en vigueur du changement de protection d'assurance se fait à la date l'événement, si la demande est reçue dans les 31 jours, ou à la date d'acceptation des preuves par l'Assureur lorsque requises.

3.6.1 Augmentation de protection

Un adhérent peut augmenter sa protection d'une des façons suivantes :

- modifier sa protection individuelle pour une protection monoparentale, couple ou familiale;
- modifier sa protection monoparentale pour une protection couple ou familiale;
- modifier sa protection couple pour une protection familiale.

3.6.2 Diminution de protection

Un adhérent peut diminuer sa protection d'une des façons suivantes :

- modifier sa protection familiale pour une protection couple, monoparentale ou individuelle;
- modifier sa protection couple pour une protection monoparentale ou individuelle;
- modifier sa protection monoparentale pour une protection individuelle.

3.7 Droit de transformation

Tout assuré qui cesse d'être couvert aux termes de cette garantie parce qu'il cesse d'être admissible peut obtenir une police d'assurance maladie individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances. Pour ce faire, l'assuré doit transmettre une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité.

Les taux et les conditions alors en vigueur pour ce genre de protection sont fournis à la personne intéressée sur réception de sa demande écrite par l'Assureur.

3.8 Absence temporaire sans rémunération

Lorsque l'adhérent interrompt ses activités professionnelles par suite d'un congé sans rémunération de plus d'un mois, la participation à l'assurance peut être maintenue pour la durée du congé. L'adhérent doit alors payer lui-même la prime totale prévue. Il doit de plus informer par écrit la RAMQ, avant le début de son congé, de son intention de continuer à participer à l'assurance en vertu du présent contrat. L'Assureur peut refuser toute demande de maintien d'assurance reçue plus de 60 jours après le début du congé.

Pour des absences d'un mois ou moins, l'assurance est automatiquement maintenue en vigueur et le paiement des primes à l'Assureur est alors effectué par la RAMQ. Cependant, la RAMQ transmet une facture à l'adhérent qui doit en effectuer le paiement dans les 30 jours de la date de réception de cette facture.

3.9 Coordination des prestations

Le montant total des prestations versées en vertu de ce contrat, de d'autres régimes d'assurance ou de régimes étatiques s'appliquant à une même personne ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si l'assuré en vertu du présent contrat est aussi assuré en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime auquel l'assuré n'est pas inscrit comme personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont payables par le régime auquel l'assuré est inscrit comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial, avant application de la coordination, est la responsabilité du régime du conjoint assuré dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

3.10 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si un adhérent devient invalide avant l'âge de 65 ans, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à l'égard de cet adhérent. L'exonération des primes débute après l'expiration d'un délai de 3 semaines d'invalidité, et se poursuit pour une période maximale de 36 mois, pourvu que l'invalidité persiste durant cette période.

L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité;
- la date du 65^e anniversaire de l'adhérent;
- la date de prise de la retraite de l'adhérent;
- la date de la fin du contrat ou de la fin de la garantie.

3.11 Terminaison de l'assurance

Sous réserve de l'article 3.10, l'assurance de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- a) la date de terminaison du contrat;
- b) 31 jours suivant la date où l'adhérent cesse d'être rémunéré à horaires fixes;
- c) la date à laquelle l'adhérent cesse d'exercer la profession de médecin ou d'optométriste pour une raison autre que la retraite;
- d) dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse du Preneur;
- e) la date du 71^e anniversaire de l'adhérent. Toutefois, la couverture des médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments se poursuit pour un adhérent, et pour ses personnes à charge le cas échéant. La couverture cesse à la date à laquelle l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge choisit de s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- f) la date de prise de la retraite de l'adhérent.

L'assurance de toute personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent;
- b) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- c) la date à laquelle l'adhérent change sa protection familiale, monoparentale, ou couple pour une protection individuelle.

4. STIPULATIONS DIVERSES

Voici une liste non exhaustive des stipulations diverses qui s'appliquent à votre régime d'assurance collective.

4.1 Action en justice

Toute action en justice au sujet d'une demande de prestations en vertu de ce contrat peut être intentée contre l'Assureur pourvu qu'elle soit faite dans les 36 mois suivant le moment où le droit d'action prend naissance, mais pas avant un délai de 60 jours après que la preuve de perte et les rapports, documents ou informations éventuellement exigés par l'Assureur n'aient été produits à ce dernier.

4.2 Subrogation

L'adhérent subroge l'Assureur dans tous ses droits, contre l'auteur du dommage ayant entraîné ouverture aux versements de prestations en vertu du présent contrat, et ce, jusqu'à concurrence des sommes versées par l'Assureur à l'adhérent.

4.3 Droit des assurés

Les droits des assurés en vertu de ce contrat sont incessibles et insaisissables et aucune cession par un assuré, soit du droit aux prestations ou du droit au paiement d'une prestation en vertu de ce contrat, ne liera l'Assureur.

5. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

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

5.1 Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %

5.1.1 Frais d'hospitalisation

Frais d'hospitalisation supportés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à 1 lit (privée), sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

5.1.2 Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage

Nous vous référons à l'article 7 pour une description complète de ces garanties.

5.2 Frais admissibles remboursables à 80 % (ou moins si spécifié) (avec franchise)

Une franchise de 250 \$ par année civile, par certificat est applicable pour les frais admissibles de cette section. C'est une franchise unique applicable aux frais engagés à la fois par l'adhérent, son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.

Lorsque le total des frais admissibles suivants, sujets à la coassurance de 80 %, **atteint 2 750 \$** par année civile, par certificat (incluant la franchise de 250 \$), le pourcentage de remboursement **passé à 100 %**.

Lorsque le médicament acheté est un médicament d'origine pour lequel un générique existe, le pourcentage de remboursement est réduit de 80 % à **71 %**.

LES FRAIS ADMISSIBLES SONT LES SUIVANTS :

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin comme étant nécessaires au traitement de l'assuré :

5.2.1 Médicaments

Les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou par un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la *Loi sur la pharmacie*, sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires), édition courante, et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant.

Dans le cas de **médicaments injectés** en cabinet privé d'un professionnel de la santé, administrés pour des raisons médicales et non esthétiques, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical.

Lorsque les frais sont engagés pour des **injections sclérosantes** administrées pour des raisons médicales (non esthétiques), la partie du compte qui s'applique au médicament est considérée comme admissible jusqu'à concurrence de 20 \$ de frais admissibles par séance d'injection.

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

Limitations

Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au RGAM. Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'Assureur.

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

Exclusions

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

1. produits grand-public (GP);
2. produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
3. substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
4. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu de programme fédéral de médicaments d'urgence;
5. produits homéopathiques ou dits naturels;
6. produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le RGAM;
7. suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts.
8. écrans solaires. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'Assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

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

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

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

5.2.2 Orthophoniste, audiologiste et ergothérapeute

Les honoraires professionnels d'un orthophoniste, d'un audiologiste et d'un ergothérapeute sont couverts lorsque les traitements sont donnés par des professionnels reconnus par leur association professionnelle respective. Un seul traitement par jour, par assuré, pour chacun des professionnels, est sujet à prestation.

5.2.3 Infirmier

Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent, par des infirmiers ou des infirmiers auxiliaires membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside à la maison de l'adhérent ou qui est un proche parent, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 \$ par année civile, par assuré.

5.2.4 Radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes

Les frais pour radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogrammes effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier, à des fins de prévention ou de diagnostic.

5.2.5 Échographies

Les frais d'échographies (autres que fœtales), pour fins de prévention et de diagnostic, effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 300 \$ par année civile, par assuré.

5.2.6 Tests d'imagerie par résonance magnétique

Les frais de tests d'imagerie par résonance magnétique effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier pour fins de diagnostic.

- Tomodensitométrie par émission de positrons (tep scan);
- Tomographie par résonance magnétique.

5.2.7 Béquilles, fauteuil roulant, lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de béquilles, d'un modèle de base de fauteuil roulant ou de lit d'hôpital. Les béquilles, le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier et ne doivent servir qu'à combler un besoin temporaire.

5.2.8 Appareil d'assistance respiratoire

Les frais de location ou d'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles en vertu de la présente clause.

5.2.9 Appareils orthopédiques

Les frais pour l'achat de bandes herniaires, de corsets, d'attelles, de plâtres ou d'autres appareils orthopédiques.

5.2.10 Membre artificiel et prothèse externe

Les frais d'achat ou de remplacement, selon le cas, d'un membre artificiel ou d'autres prothèses externes, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 5 000 \$ pour un même membre ou une même prothèse.

5.2.11 Bas à compression moyenne ou forte

Les frais d'achat de bas à compression moyenne ou forte (21 mm/Hg ou plus), dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence de 3 paires par année civile, par assuré.

5.2.12 Prothèse capillaire

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

5.2.13 Chaussures orthopédiques

Les frais d'achat de chaussures orthopédiques conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes les chaussures ouvertes, évaseées, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

5.2.14 Orthèses plantaires

Les frais d'achat d'orthèses plantaires, jusqu'à concurrence du montant prévu à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied. Ces orthèses doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province ou le territoire de résidence de l'assuré.

5.2.15 Neurostimulateur transcutané

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané.

5.2.16 Appareil auditif

Les frais d'achat d'appareil auditif jusqu'à concurrence de 600 \$ de frais admissibles par période de 48 mois consécutifs, par assuré.

5.2.17 Glucomètre, réflectomètre

Les frais d'achat, de remplacement ou de réparation d'un appareil mesurant le taux de glucose (glucomètre, réflectomètre, Accu-Chek), sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré.

5.2.18 Appareils thérapeutiques

Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques (pompe à insuline, injecteur sans aiguille ou autre), jusqu'à concurrence d'un remboursement viager maximal de 10 000 \$, par assuré.

Toutefois, les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, sphygmomanomètre, etc.) ainsi que les accessoires domestiques (tels que le bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) et les autres appareils de même nature sont exclus.

5.2.19 Soins et services à domicile

Les frais pour les services décrits ci-après, lorsqu'ils sont recommandés par une ou un médecin et rendus nécessaires à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, sont admissibles, pourvu qu'ils soient engagés dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de l'assuré ou suivant sa sortie de l'unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour et pourvu qu'ils ne puissent être rendus par une personne qui réside avec l'assuré. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue sauf s'il y a complication et que le séjour dure 4 jours ou plus.

- a) Les honoraires d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de l'assuré. L'infirmier ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de l'adhérent. Les soins infirmiers sont couverts jusqu'à concurrence de 60 \$ de frais admissibles par jour.

- b) Les honoraires pour des services d'aide à domicile pour aider l'assuré à se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires. Les services doivent être dispensés au domicile de l'assuré et le fournisseur de service d'aide à domicile ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent de ce dernier. Les services sont couverts jusqu'à concurrence de 60 \$ de frais admissibles par jour.
- c) Les frais de transport de l'assuré pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence de 30 \$ de frais admissibles par déplacement et d'un maximum de 3 déplacements (aller et retour) par semaine.
- d) Les honoraires pour des services de garde d'enfants à charge de l'adhérent jusqu'à concurrence de 25 \$ de frais admissibles par jour, par enfant. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent ni être un proche parent l'adhérent. Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou son conjoint avant la période de convalescence de l'assuré concerné sont couverts.

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

- **Montréal :** **514 286-8330**
- **Ligne sans frais :** **1 800 206-1291**

5.2.20 Psychiatre, psychanalyste et psychologue

Les honoraires de psychiatres, psychanalystes et psychologues membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Les honoraires sont remboursables à **50 %**, à raison d'un traitement par jour, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ pour l'ensemble de ces professionnels.

5.2.21 Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique

Les honoraires de physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, s'ils sont membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou d'une association professionnelle reconnue par l'Assureur, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement, pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, pour un assuré, est sujet à prestation.

Les services et fournitures suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré :

5.2.22 Diététiste, acupuncteur, chiropraticien, podiatre, ostéopathe, naturopathe et homéopathe

Les honoraires de diététistes, d'acupuncteurs, de chiropraticiens, de podiatres, d'ostéopathes, de naturopathes ou d'homéopathes pour consultation. Le professionnel de la santé doit être membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Les honoraires sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 30 \$ par traitement et d'un remboursement maximal combiné de 400 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, par assuré, est sujet à prestation.

De plus, les radiographies effectuées par un chiropraticien sont couvertes à raison d'un maximum admissible de 50 \$ par radiographie et les frais sont inclus dans le remboursement maximal de 400 \$.

5.2.23 Chirurgien-dentiste (à la suite d'un accident)

Les honoraires d'un chirurgien dentiste, pour des lésions accidentelles aux dents saines et naturelles survenues alors que l'assuré était couvert par le présent régime et engagés pour des soins ou services reçus pendant les 12 mois qui suivent la date de l'accident.

5.2.24 Ambulance

Les frais de transport par ambulance en direction ou en provenance d'un centre hospitalier, ainsi que les frais d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

Le transport par avion ou par train est également couvert dans le cas où la nécessité médicale est prouvée à la satisfaction de l'Assureur et qu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen si l'assuré est alité et occupe l'équivalent de 2 sièges.

5.2.25 Maison de convalescence

Le coût quotidien pour chambre et pension, incluant tous les soins et services reliés au séjour dans une maison de convalescence au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) offrant sur place les soins d'un infirmier licencié ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24. Seuls les frais engagés jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à 2 lits (semi-privée), pourvu que l'assuré soit admis dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

5.2.26 Séjour en clinique privée

Les frais engagés pour un séjour en clinique privée, spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme telle jusqu'à concurrence d'un maximum de 80 \$ par jour et d'un remboursement viager maximal de 2 500 \$, par assuré.

5.2.27 Chirurgie esthétique à la suite d'un accident

Les frais de chirurgie esthétique nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu alors que cette assurance est en vigueur, à condition que les services soient engagés dans les 36 mois suivant l'accident et que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par accident, par assuré.

5.3 Exclusions, restrictions et réduction de la garantie

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

- Pour des vaccins préventifs.
- Pour des prothèses dentaires, lunettes, verres de contact, chirurgie au laser ou leur ajustement, sauf si requis par suite d'un accident.
- Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- Pour une chirurgie, des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident.
- Pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement.
- Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- Pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie.
- Pour un examen de la vue ou de l'ouïe.
- En raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, sauf si cette blessure ou cette mutilation survient dans le cours de l'évolution d'une maladie mentale.
- Pour des soins et services administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- Pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical pour fins d'emploi, pour fins d'admission à une institution scolaire, pour fins d'assurance ou pour voyage de santé.
- Pour tout frais engagés durant la période au cours de laquelle l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays et pour la durée d'un tel engagement.
- En raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Lors de la participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'assuré :
 - a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident; ou
 - est sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- Pour tous frais relatifs à l'insémination.

- Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité.
- Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale.
- Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie à l'exception de la franchise et de la coassurance exigés par la RAMQ.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, ainsi que les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.R.Q., c. A-3.001), de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* (L.R.Q., A-25), de la *Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec* (L.R.Q., A-28), de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. A-29) ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Finalement, sont exclus les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

Les prestations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du présent contrat ne doivent pas être exclues de ce seul fait.

5.4 Renseignements

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque assuré, soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance. L'assuré convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu de la présente garantie, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout centre hospitalier, ou toute personne rendant ou ayant rendu des services, à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

5.5 Renonciation à la responsabilité

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout centre hospitalier ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

6. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS?

6.1 Frais hospitaliers

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, l'assuré présente sa carte de services à l'hôpital.

6.2 Frais de médicaments (service de paiement automatisé direct)

a) Demande de remboursement par service de paiement automatisé direct

Dans le cas des médicaments prescrits, l'assuré présente au pharmacien sa carte de services. Le pharmacien transmettra la demande de prestations de médicaments à l'Assureur par l'entremise de son système informatique. L'Assureur lui remboursera alors directement la portion assurée des frais de médicaments. Pour chaque transaction, le pharmacien remettra à l'assuré un reçu confirmant la transmission électronique de sa demande de même que le coût du médicament avant et après le remboursement. L'assuré doit payer la partie non assurée, mais ne doit pas envoyer ce reçu à La Capitale.

Première utilisation

Si l'adhérent détient une protection monoparentale, couple ou familiale, lors de la première utilisation de sa carte pour un membre de la famille, le pharmacien doit compléter le dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de l'assuré. Nous suggérons à l'adhérent de fournir ces informations au pharmacien s'il ne les a pas déjà au dossier. Celles-ci demeurent confidentielles. Une justification de l'âge peut être exigée par le pharmacien et nous conseillons alors de présenter la carte de la RAMQ.

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

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire. **Cette déclaration doit être faite à l'Assureur une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que la demande de prestations soit considérée directement en pharmacie.** Nous suggérons donc à l'adhérent de nous faire parvenir la déclaration de fréquentation scolaire dûment remplie s'il a des enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement. Si l'Assureur n'a pas cette information avant le 1^{er} septembre, un message à cet effet apparaît sur le reçu que remet le pharmacien lors de l'achat de médicaments.

b) Demande de remboursement par la poste

Si le pharmacien n'a pas convenu d'entente avec le fournisseur de service de paiement automatisé ou que la demande de remboursement pour une catégorie précise de médicaments (prescription magistrale ou autres) ne peut être transmise à l'Assureur par le système automatisé, les prestations sont payables sur présentation à l'Assureur du reçu convenablement détaillé. Ces reçus doivent être envoyés à l'adresse indiquée à la section **6.3**.

Dans un tel cas, le reçu de pharmacie doit mentionner le nom de l'assuré, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament.

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

6.3 Autres frais d'assurance maladie

Tous les autres frais (par exemple, physiothérapie, psychologue, ambulance, etc.) doivent être réclamés par l'adhérent directement à l'Assureur.

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

Le numéro de contrat doit être indiqué sur toute demande de prestations ou correspondance acheminée à l'Assureur à l'adresse suivante :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
Édifice Le Delta III
2875, boulevard Laurier, bureau 400
Case Postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

6.4 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident du travail ou d'automobile

Dans le cas d'un accident du travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la CSST ou la SAAQ. Ces comptes doivent être présentés à la CSST ou à la SAAQ et non à l'Assureur.

6.5 Dépôt direct des prestations

Vous pouvez adhérer au service de dépôt direct des prestations d'assurance maladie en remplissant le formulaire prévu à cet effet, disponible chez l'Assureur ou sur son site Internet au www.lacapitale.com.

6.6 Communication avec l'Assureur

L'adhérent doit aviser l'Assureur de tout changement d'adresse. Lors de toute communication avec l'Assureur, il est important de toujours mentionner le numéro de certificat.

6.7 Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, l'Assureur constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que ceux relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des réclamations ou toute autre personne que vous aurez autorisée, ont accès à votre dossier. Votre dossier est détenu au siège social de l'Assureur à Québec.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels inscrits à votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à l'adresse indiquée à la section **6.3**.

7. ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

7.1 Assurance voyage avec assistance

Concernant l'assurance voyage, nous vous invitons à communiquer avec CanAssistance à l'un des numéros de téléphone suivants avant de partir en voyage ou pour toute demande de prestations :

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

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'un décès, d'une situation d'urgence, résultant d'un accident ou d'une maladie subite ou inattendue, survenue alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal par assuré est de 5 000 000 \$ pour la durée du séjour à l'étranger.

7.1.1 Frais admissibles

7.1.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

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

- h) les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies;
- i) l'achat de bandages herniaires, de corsets, de béquilles, d'attelles, de plâtres et d'autres appareils orthopédiques;
- j) les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de l'assuré dans sa province de résidence. Seuls les frais engagés alors que la présente clause est en vigueur sont couverts.

7.1.1.2 Frais de transport et hébergement

- a) les frais de rapatriement du patient en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire l'assuré jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles; les frais de transport ou de rapatriement doivent être autorisés au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de l'Assureur, compte tenu de l'état de la personne malade;
- b) le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de l'assuré. Ces frais doivent avoir été autorisés au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage; l'escorte médicale ne doit pas être un parent de l'assuré, ni un compagnon de voyage;
- c) le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend l'assuré incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant mentionnant l'incapacité de l'assuré à utiliser son véhicule;
- d) en cas de décès de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre au point de départ de l'assuré au Canada, jusqu'à concurrence de 5 000 \$; ces frais doivent être autorisés au préalable par l'Assureur ou la compagnie d'assistance voyage;
- e) les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que l'assuré doit engager parce qu'il a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de l'assuré lui-même, d'un proche parent qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 1 600 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie;
- f) les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, selon le moyen le plus économique, aller et retour par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un seul proche parent se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins 7 jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille; la notion de proche parent inclut aussi un ami advenant le fait où l'assuré n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé précédemment.

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

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

7.1.2 Services d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à tout assuré qui en fait la demande, un service d'assistance voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

Les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus à la suite d'un accident ou d'une maladie par suite d'une situation d'urgence sont :

- a) diriger l'assuré vers une clinique ou un centre hospitalier approprié;
- b) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter, si possible, à l'assuré d'effectuer un dépôt monétaire;
- c) assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- d) coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements;
- f) si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'un proche parent au chevet du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'un assuré décédé;
- g) si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour du conjoint ou des enfants à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper;
- i) si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

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

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

7.1.3 Affectation à l'extérieur de la province de résidence

Les frais prévus aux articles 7.1.1 et 7.1.2 qui ne sont pas admissibles du seul fait qu'ils sont reliés à des soins non urgents ou qu'ils constituent des frais reliés à une grossesse, sont couverts par la présente garantie lorsque ces frais sont engagés alors que l'adhérent est affecté à l'extérieur de sa province de résidence pour les fins de son travail depuis plus de 30 jours consécutifs. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans la région la plus proche du lieu d'affectation de l'adhérent où les soins ou les services requis sont disponibles.

7.1.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

7.1.4.1 En plus des exclusions et réduction mentionnées au régime d'assurance maladie, aucune somme n'est payée ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur pour les frais suivants :

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

7.1.4.2 De plus, la présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

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

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

7.1.5 Demande de prestations

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

7.1.6 Coordination des prestations

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

7.2 Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. **Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.**

7.2.1 Définitions

Dans la présente clause, on entend par :

a) **Activité à caractère commercial**

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

b) **Associé en affaires**

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.

c) **Compagnon de voyage**

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

d) **Frais de voyage payés d'avance**

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

e) **Hôte à destination**

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

f) **Voyage**

Un voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins 72 heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme un voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins 2 nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

7.2.2 Causes d'annulation ou d'interruption

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

7.2.2.1 Une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré.

7.2.2.2 Le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.

7.2.2.3 Le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.

- 7.2.2.4 Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal.
- 7.2.2.5 Le suicide ou la tentative de suicide d'un proche parent de l'assuré ou du compagnon de voyage de l'assuré.
- 7.2.2.6 Le décès d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- 7.2.2.7 Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- 7.2.2.8 La convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- 7.2.2.9 La perte involontaire de l'emploi de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.
- 7.2.2.10 La mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- 7.2.2.11 Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- 7.2.2.12 Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- 7.2.2.13 Le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- 7.2.2.14 Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
- 7.2.2.15 Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des 2 dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
- 7.2.2.16 Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.

- 7.2.2.17 Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- 7.2.2.18 Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle l'assuré avait pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

7.2.3 Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré et sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.

7.2.3.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

7.2.3.2 Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

7.2.3.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur;

Restriction

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

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

7.2.4 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

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

- 7.2.4.1 Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- 7.2.4.2 Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- 7.2.4.3 Dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager en autant que les frais soient reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils aient été engagés après que la recommandation ait été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- 7.2.4.4 Lors de la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque la personne concernée :
 - a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident; ou
 - est sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- 7.2.4.5 La grossesse ou les complications en résultant dans les 12 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- 7.2.4.6 Une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- 7.2.4.7 Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- 7.2.4.8 La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- 7.2.4.9 Une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- 7.2.4.10 Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

7.2.4.11 Lorsque l'activité visée par le voyage est la chasse ou la pêche.

7.2.5 Délai pour demander l'annulation

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

7.2.6 Coordination

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

7.2.7 Demande de prestations pour la garantie d'assurance annulation de voyage

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

7.2.7.1 Les titres de transport inutilisés.

7.2.7.2 Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.

7.2.7.3 Les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.

7.2.7.4 Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.

7.2.7.5 Le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.

7.2.7.6 Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.

7.2.7.7 La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.

7.2.7.8 Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE

Québec

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

Montréal

Bureau 820
425, boul. de Maisonneuve O.
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

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

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

Mai 2010