

PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE



**Programme d'assurance collective
offert aux cadres retraités
le 1^{er} janvier 2019 ou après**

Montréal 

Table des matières

1. Sommaire du programme	3
2. Admissibilité	9
3. Choix de régime au moment de l'adhésion	9
4. Type de protection	9
5. Partage de coûts	9
6. Changement de situation de vie	10
7. Cessation des couvertures	10
8. Maximum viager	10
9. Changements apportés au régime lorsque le retraité atteint 65 ans	10

1. Sommaire du programme

Les employés qui prendront leur retraite le 1^{er} janvier 2019 ou après devront assumer le coût de toutes les garanties. Par ailleurs, les mesures de contrôle des coûts des médicaments et autres modifications apportées au programme flexible des actifs au 1^{er} janvier 2017 seront répliquées au régime modulaire des retraités à compter du 1^{er} janvier 2019, afin de limiter les augmentations futures de primes des soins de santé.

Assurance vie

Votre assurance vie facultative

Montant d'assurance	En fonction de la prime payée et du montant d'assurance vie facultative détenu en tant qu'employé à la date de votre retraite Choix d'un montant par unités de 10 000 \$: <ul style="list-style-type: none">• Nombre minimal d'unités : 1• Nombre maximal d'unités : 50
Maximum	500 000 \$
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	Montant minimum entre : <ul style="list-style-type: none">• 50 000 \$• Le montant d'assurance que vous déteniez avant 65 ans, s'il est inférieur à 50 000 \$• Tout autre montant inférieur à 50 000 \$ que vous demanderez par écrit à la Ville La réduction est effective à la date de prime suivant votre 65 ^e anniversaire de naissance
Fin de l'assurance en raison de l'âge	Votre 75 ^e anniversaire de naissance

Assurance vie facultative de votre conjoint et de vos enfants à charge

Montant d'assurance	En fonction de la prime payée et du montant d'assurance vie facultative détenu pour vos personnes à charge à la date de votre retraite Choix d'un montant par unités : <ul style="list-style-type: none">• Nombre minimal d'unités : 1• Nombre maximal d'unités : 10 Une unité équivaut à la protection suivante : <ul style="list-style-type: none">• Pour votre conjoint : 10 000 \$• Pour chaque enfant à charge : 5 000 \$ (dès la naissance) Le même nombre d'unités s'applique au conjoint et à chaque enfant à charge
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	Montant minimum entre : <ul style="list-style-type: none">• 50 000 \$ pour le conjoint• 25 000 \$ pour chaque enfant à charge• Le montant d'assurance détenu avant votre 65^e anniversaire de naissance, s'il est inférieur• Tout autre montant inférieur à 50 000 \$ pour le conjoint et à 25 000 \$ pour chaque enfant à charge que vous demanderez par écrit à la Ville La réduction est effective à la date de prime suivant votre 65 ^e anniversaire de naissance
Fin de l'assurance en raison de l'âge	Votre 75 ^e anniversaire de naissance

Assurance soins de santé

	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi
Franchise applicable aux médicaments	750 \$ par personne assurée (les frais engagés pour les enfants à charge sont comptabilisés dans la franchise de l'adhérent)	Aucune	
Mode de paiement pour les médicaments	Carte de paiement direct		
Pourcentage de remboursement			
Médicaments¹	Les paramètres de remboursement des médicaments sont détaillés dans le tableau de la page suivante		
Hospitalisation	100 %	100 %	100 %
Établissements pour soins spécialisés	100 %	100 %	100 %
Professionnels de la santé	Non couvert	75 %	90 %
Soins de la vue	Non couvert	Non couvert	100 %
Autres frais médicaux			
• Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins préautorisés reçus à l'extérieur de la province de résidence	100 %	100 %	100 %
• Tous les autres frais médicaux	75 % si couvert	75 %	90 %
Assurance voyage	100 %	100 %	100 %
Montant maximal viager de remboursement	35 000 \$ par personne assurée Une fois ce montant atteint, un montant annuel de 1 000 \$ vous sera alloué.		
Précisions additionnelles	1. Applicable à l'ensemble des frais de la garantie d'assurance soins de santé, sauf pour ceux remboursables par l'assurance voyage; 2. Les frais de médicaments inscrits à la liste de la RAMQ sont inclus dans le décompte des montants mentionnés précédemment. Toutefois, ces frais continueront d'être remboursés même si le maximum viager ou annuel est atteint.		
Médicaments sur la liste de la RAMQ*	100 % après application de la franchise de 750 \$	75 % des frais admissibles (100 % si le déboursé annuel excède 750 \$ par famille par année civile)	90 % des frais admissibles (100 % si le déboursé annuel excède 300 \$ par famille par année civile)

¹ À 65 ans, une personne assurée doit choisir entre demeurer assurée en vertu de la présente garantie, sous réserve d'un ajustement de prime, ou être assurée en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments de la RAMQ. Le choix d'être assuré en vertu du régime de la RAMQ est irrévocable. De plus, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

Note importante à propos du remboursement des médicaments

Si un médicament générique existe sur le marché, le remboursement est calculé en fonction du coût du médicament générique le plus bas, quel que soit le médicament que vous avez acheté. Le montant qui est comptabilisé dans le maximum annuel à débourser est celui que vous auriez payé si vous aviez acheté ce médicament générique moins coûteux.

Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé en fonction du coût du médicament acheté dans le cas où la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. Le montant qui est comptabilisé dans le maximum annuel à débourser est alors celui que vous avez payé pour ce médicament, sans égard au coût du médicament générique. L'approbation de l'assureur est requise.

Aux fins de la présente assurance, le terme « médicament générique » est utilisé au sens large et s'applique à tout médicament de même dénomination commune, de même forme et de même teneur que le médicament qui a été acheté.

	Remboursement maximal par protection		
	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi
Injections sclérosantes*	Montant payable de 20 \$ par jour après application de la franchise	Montant payable de 20 \$ par jour	
Vaccins préventifs (produits immunisants)	Non couvert		
Hospitalisation, remboursement à 100 % des frais admissibles			
Chambre d'hôpital	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours		
Établissements pour soins spécialisés, remboursement à 100 % des frais admissibles			
Maison de convalescence consécutivement à une hospitalisation*	Chambre semi-privée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation		
Centre de réadaptation consécutivement à une hospitalisation*	Chambre semi-privée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation		
Professionnels de la santé		Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncteur • Audiologiste ou thérapeute de l'ouïe • Chiropraticien • Diététiste • Ergothérapeute • Homéopathe • Massothérapeute • Naturopathe • Orthophoniste • Orthothérapeute • Ostéopathe • Podiatre • Podologue 	Non couvert	Montant payable de 500 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant payable de 1 000 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes
• Radiographies du chiropraticien	Non couvert	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• Radiographies de l'ostéopathe	Non couvert	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• Radiographies du podiatre	Non couvert	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
• Radiographies du podologue	Non couvert	Montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée	
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue • Neuropsychologue • Psychothérapeute • Travailleur social 	Non couvert	Montant payable de 500 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant payable de 1 000 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes
<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute • Physiatre • Thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport 	Non couvert	Montant payable de 500 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes	Montant payable de 1 000 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes

	Remboursement maximal par protection		
	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi
Soins de la vue			Remboursement à 100 % des frais admissibles
• Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	Maximum regroupé : Montant payable de 250 \$ pour 24 mois consécutifs par personne assurée
• Lunettes et lentilles cornéennes	Non couvert	Non couvert	
• Correction visuelle par laser*	Non couvert	Non couvert	
Autres frais médicaux		Remboursement à 100 % des frais admissibles	
• Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins préautorisés reçus à l'extérieur de la province de résidence*	Montant payable de 50 000 \$ par année civile par personne assurée si les frais sont engagés à l'extérieur du Canada		
Autres frais médicaux – Tous les autres frais	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
• Accessoires pour la pompe à insuline*			
• Ambulance			
• Transport par avion ou par train*			
• Appareil auditif*	Non couvert	Montant payable de 700 \$, par période de 36 mois consécutifs par personne assurée	
• Appareil d'assistance respiratoire*	Non couvert		
• Appareils orthopédiques*	Non couvert		
• Articles pour stomie*	Non couvert		
• Bas de contention*	Non couvert	Montant payable de 500 \$, par année civile par personne assurée	
• Chaussures orthopédiques – adultes*	Non couvert	1 paire, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 250 \$, par année civile par personne assurée, après application d'une franchise de 100 \$ par paire	
• Chaussures orthopédiques – enfants*	Non couvert	2 paires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 250 \$, par année civile par personne assurée, après application d'une franchise de 100 \$ par paire	
• Chaussures profondes*	Non couvert	Montant payable de 250 \$, par année civile par personne assurée, après application d'une franchise de 100 \$	
• Cure de désintoxication*	Non couvert	Montant admissible de 60 \$ par jour Montant payable viager de 2 500 \$ par personne assurée	
• Fauteuil roulant et marchette*	Non couvert	Montant payable viager de 1 500 \$ par personne assurée pour le fauteuil roulant	
• Glucomètre ou réflectomètre*	Non couvert	Montant payable de 200 \$ et un seul appareil, par période de 36 mois consécutifs par personne assurée	
• Infirmier*	Montant payable de 225 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année civile par personne assurée	Montant payable de 225 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année civile par personne assurée	Montant payable de 25 000 \$ par année civile par personne assurée

	Remboursement maximal par protection		
	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi
Autres frais médicaux – Tous les autres frais	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 75 % des frais admissibles	Remboursement à 90 % des frais admissibles
• Lit d'hôpital*	Non couvert		
• Neurostimulateur transcutané*	Non couvert	Montant payable viager de 700 \$ par personne assurée	
• Orthèses plantaires ou podiatriques*	Non couvert	Montant payable de 200 \$, par année civile par personne assurée	
• Prothèse capillaire*	Non couvert	Montant payable viager de 200 \$ par personne assurée	
• Prothèse externe et membre artificiel*	Non couvert	Montant payable de 5 000 \$ par membre perdu	
• Stérilets*	Non couvert	Montant payable de 50 \$, par année civile par personne assurée	
• Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	Remboursement dans les 12 mois suivant la date de l'accident par personne assurée		
• Analyses de laboratoire* • Échographies* • Électrocardiogrammes* • Radiographies* • Résonances magnétiques* • Tomodensitométries*	Non couvert	Montant payable combiné de 1 000 \$, par année civile par personne assurée	
• Appareil thérapeutique*	Non couvert	Montant payable viager combiné de 10 000 \$ par personne assurée	
• Pompe à insuline*	Montant payable de 7 500 \$ par période de 5 ans par personne		
• Prothèses mammaires* • Soutiens-gorges post-opératoires*	Non couvert	Montant payable combiné de 250 \$ et 2 soutiens-gorges post-opératoires, par période de 24 mois consécutifs par personne assurée	
Voyage, remboursement à 100 % des frais admissibles			
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ de remboursement par événement par personne assurée		
Fin de la garantie	À votre décès		

* Ordonnance médicale requise

Assurance soins dentaires (garantie facultative)

	Régime de base	Régime enrichi
Franchise	Aucune	
Année du guide des tarifs dentaires	Année au cours de laquelle les services sont rendus	
Mode de paiement	Carte de paiement direct	
Fréquence des examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure	9 mois	6 mois
Pourcentage de remboursement		
Soins de base	75 %	90 %
Services de prothodontie	50 %	80 %
Services d'orthodontie	Non couvert	50 %
Soins de base	Montant payable combiné de 500 \$ par année civile par personne assurée	Montant payable combiné de 2 000 \$ par année civile par personne assurée
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Prévention et appareil de maintien • Restauration mineure • Chirurgie buccale • Services généraux complémentaires 		
Services de prothodontie	Non couvert	Remboursement à 50 % des frais admissibles
<ul style="list-style-type: none"> • Endodontie • Parodontie • Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible • Réparation de pont fixe et de couronne • Restauration majeure et prothèse fixe • Prothèse amovible • Pont fixe 		
Services d'orthodontie	s. o.	Montant payable viager de 2 000 \$ par personne assurée
<ul style="list-style-type: none"> • Orthodontie (enfants âgés de moins de 18 ans) 		
Fin de la garantie	À votre décès	

Note : Certaines limitations relatives aux fréquences et aux âges s'appliquent, lesquelles sont indiquées dans le texte descriptif de la brochure des cadres actifs.

2. Admissibilité

Cadre

Dix ans de service à la Ville en tant qu'employé permanent ou cadre contractuel et admissible au versement d'une rente immédiate, soit la rente payable à la date de la retraite avec ou sans réduction.

3. Choix de régime au moment de l'adhésion

Au moment de votre retraite seulement, vous aurez le choix entre la protection minimale des soins de santé, le régime de base ou le régime enrichi tel qu'il est décrit au point 1 (sommaire du programme).

Si vous êtes exempté des régimes de santé et dentaires au moment de la retraite et désirez renoncer à votre exemption, vous aurez 31 jours de la date de votre changement de situation pour refaire votre adhésion.

Vous devrez effectuer un choix entre les régimes offerts (protection minimale, base ou enrichi) ainsi que sur le type de protection désirée décrit, soit individuelle, monoparentale, couple ou familiale.

Le choix de régime (protection minimale, base ou enrichi) est irrévocable. Toutefois, il vous sera possible d'effectuer des changements au niveau des protections de vos régimes de soins médicaux et dentaires (exemple : protection familiale vers une protection individuelle)

3.1 Combinaisons possibles

Protection minimale, régimes de base et enrichi

Le choix de la protection minimale, du régime de base ou enrichi est distinct pour les soins de santé et les soins dentaires.

Si vous êtes assuré par un autre contrat d'assurance collective pour des garanties équivalentes, vous pouvez obtenir une exemption de participation pour les garanties de soins de santé et de soins dentaires.

Vous pourrez mettre fin à votre droit d'exemption, en nous avisant dans les 31 jours suivant la fin de votre assurance par un autre contrat.

Régimes facultatifs

Vous êtes admissible à ce régime au moment de la retraite à **condition** de détenir un volume d'assurance vie facultative en tant **qu'employé actif** :

- Assurance vie facultative (retraité et personnes à charge);
- Assurance facultative décès ou mutilation accidentels pour le retraité.

4. Type de protection

- Protection individuelle (vous seulement)
- Protection monoparentale (vous et vos enfants)
- Protection couple (vous et votre conjoint)
- Protection familiale (vous et votre famille)

5. Partage de coûts

Les employés qui prendront leur retraite le 1^{er} janvier 2019 ou après devront assumer le coût de toutes les garanties, selon les protections et les régimes choisis.

6. Changement de situation de vie

- Mariage
- Nouveau conjoint de fait
- Naissance, adoption d'un enfant
- Divorce ou séparation
- Décès du conjoint ou d'un enfant
- Changement de situation du conjoint

Un changement de situation personnelle est permis annuellement. Toute nouvelle demande sera transmise à l'administrateur. Le changement doit s'effectuer dans les 31 jours de l'évènement.

7. Cessation des couvertures

Au décès (aucun régime offert aux survivants).

8. Maximum viager

Tous les frais de santé prévus au régime vous seront remboursés jusqu'à concurrence de 35 000 \$ par personne assurée. Par la suite, un montant de 1 000 \$ vous sera réactualisé annuellement pour le remboursement de l'ensemble des frais de santé. Prenez note que tous les médicaments inscrits à la liste de la RAMQ demeureront remboursables par votre régime, et ce, jusqu'à 65 ans, malgré le fait que le maximum viager soit atteint.

Ce maximum viager exclut les frais remboursés par l'assurance voyage et les soins dentaires.

9. Changements apportés au régime lorsque le retraité atteint 65 ans

Retrait de la protection d'assurance médicaments du régime offert par la Ville

- Lorsque vous atteindrez 65 ans, vous adhérerez automatiquement à la RAMQ pour la protection d'assurance médicaments seulement;
- Les autres protections demeurent toutefois couvertes par le régime de la Ville;
- Il y aura une diminution de la prime pour tenir compte du retrait de la garantie d'assurance médicaments;
- Vous n'avez rien à faire auprès de l'assureur.

Il vous appartiendra d'inscrire vos personnes à charge (conjoint et enfants à charge, le cas échéant) en communiquant directement à la RAMQ. Même si votre conjoint(e) est âgé(e) de moins de 65 ans, vous devrez procéder à son inscription à la RAMQ dès ce moment, à moins qu'il(elle) soit admissible à un autre contrat d'assurance collective.

À votre demande, vous pourrez maintenir la protection d'assurance médicaments avec le régime de la Ville en payant une surprime à l'assureur.

Diminution des protections d'assurance vie facultative

Votre assurance vie facultative sera réduite de la manière qui suit :

- Maximum 5 tranches de 10 000 \$, soit 50 000 \$
- Assurance vie facultative des personnes à charge :
Maximum cinq (5) tranches de 10 000 \$
Conjoint : 5 tranches de 10 000 \$, soit 50 000 \$
Enfant : 5 tranches de 5 000 \$, soit 25 000 \$

Droit de transformation

Le droit de transformation vous permet, sous certaines conditions, de transformer en police d'assurance individuelle, sans preuve d'assurabilité un volume d'assurance vie que les conditions de la police collective vous font perdre.

Cette situation peut se produire à deux moments au cours d'une carrière ou d'une vie. La première fois, au moment de votre retraite ou de votre cessation d'emploi en autant que vous n'ayez pas atteint l'âge de 66 ans. La deuxième fois, lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans et que votre volume d'assurance vie facultative est automatiquement réduit selon les termes de la police (exemple maximum de 20 000 \$ ou de 50 000 \$); si vous détenez à ce moment un volume d'assurance supérieur au maximum mentionné ci-dessus, vous pourrez transformer cet excédent.

Participation facultative à compter de 65 ans

Si vous adhérez au régime d'assurance médicaments de la RAMQ, vous pourrez cesser votre participation au régime d'assurance offert aux cadres retraités de la Ville.

Cependant, aucun droit de ré-adhésion n'est prévu.