

Qui est admissible au programme et quand peut-on l'être?

Vous êtes admissible au Programme flexible d'assurance collective si vous faites partie de l'une ou l'autre des catégories d'emplois suivantes : cadre administratif ou de direction, cadre policier, membre de l'état-major, membre du personnel de cabinet ou élu.

Vous et les personnes à votre charge êtes admissibles dès votre premier jour de travail à la Ville de Montréal. Vous devez effectuer vos choix de protections au cours des 31 jours suivant l'inscription de votre dossier sur le site sécurisé de [Desjardins Assurances](http://DesjardinsAssurances.com).

Rendez-vous à

Desjardinsassurancevie.com/villedemontreal

- Pour vous inscrire, consultez la marche à suivre pour [s'inscrire au régime](#). Contrat : Q1637. Certificat : numéro matricule à 9 chiffres.
- Inscrivez-vous aux services en ligne
- Adhérez au dépôt direct
- Obtenez votre carte de paiement
- Etc.

Une fois inscrit, téléchargez l'application mobile **Omni** pour consulter votre dossier et faire vos réclamations au moment qui vous convient.

Des questions?

Section dédiée du site intranet, également accessible de l'externe :

ville.montreal.qc.ca/extranet

Tout le personnel > Conditions de travail > [Assurance collective](#) > (Catégorie d'emploi)

Pour le personnel des services centraux (sauf le SPVM) et de l'arrondissement Lachine, communiquez avec le Centre de services aux employés-RH.

Téléphone : 514 868-5800

Courriel : rh_cse@ville.montreal.qc.ca

Pour les élues et élus, le personnel des arrondissements ou du SPVM, communiquez avec l'intervenant en ressources humaines de votre unité.

Consultez [la liste des intervenants RH](#).

Desjardins Assurances

Centre contact client : 1 877 838-7082

Desjardinsassurancevie.com/fr/villedemontreal

Le genre masculin utilisé désigne autant les hommes que les femmes. Ce sommaire constitue un résumé seulement. Il ne remplace pas les contrats d'assurance, qui font autorité en cas de litige.

Programme d'assurance collective
des cadres

Montréal flexible



Sommaire des protections

Ce sommaire résume les grandes lignes du programme. Il est conçu pour faciliter vos choix lors de l'adhésion. Consultez la [brochure](#) pour l'ensemble des modalités.

Bonne lecture!

La Ville de Montréal est heureuse de vous offrir le Programme flexible d'assurance collective.

Ce programme vise à vous aider à préserver votre bien le plus précieux, la santé, et à protéger votre sécurité financière et celle de votre famille dans toutes les circonstances. Il vous permet d'adapter les diverses protections à vos besoins et à ceux de votre famille, tout au long de votre carrière. Il n'en tient qu'à vous d'en bénéficier pleinement.

Quels sont mes choix?

Pour plusieurs garanties, vous aurez le choix entre un régime de base et un régime enrichi, auxquels peuvent s'ajouter une protection minimale ou une garantie facultative. Vous faites un choix distinct pour chaque garantie.

Pour les régimes de soins de santé et de soins dentaires, vous pouvez choisir parmi quatre types de protection, selon les personnes que vous souhaitez assurer : protection individuelle, couple, monoparentale ou familiale. Le même type de protection s'applique aux soins de santé et dentaires.

Si vous le souhaitez, vous pouvez être exempté de participer au régime de soins de santé. Pour ce faire, vous devez être couvert par un autre régime (par exemple, le régime de votre conjoint). Vous pouvez également être exempté de participer au régime de soins dentaires.

Vous êtes responsable de satisfaire aux exigences de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* qui oblige toutes les personnes de moins de 65 ans ayant accès à un régime privé d'assurance d'adhérer, au moins à la portion du régime qui couvre les médicaments. Vous devez obligatoirement en faire bénéficier votre conjoint et vos enfants à charge, à moins que ceux-ci ne soient déjà couverts par un autre régime privé.

Quels sont les coûts et comment sont-ils partagés?

La Ville de Montréal paie	Vous payez
100 % du coût des régimes d'invalidité (sauf le volet facultatif) 80 % du coût de la protection minimale des soins de santé 80 % du coût des régimes de base des assurances vie et DMA - Verse annuellement des crédits flexibles et des crédits d'exemption si vous êtes exempté des soins de santé	- la différence entre le coût des régimes choisis et le coût assumé par la Ville et - la totalité du coût des régimes facultatifs

Les crédits flexibles de base et d'exemption, s'il y a lieu, peuvent être appliqués au paiement de vos régimes, peuvent être transférés à votre compte gestion-santé ou à un REER.

Le compte gestion-santé vous permet de vous faire rembourser certains frais de soins de santé et de soins dentaires qui ne sont pas couverts par les régimes et que vous engagez pour vous-même et les personnes à votre charge.

Pour un transfert REER, vous devez choisir l'une des institutions financières identifiées par la Ville.

Est-il possible d'ajouter des sommes additionnelles au compte gestion-santé ou au REER?

Oui, la seule façon d'ajouter des sommes additionnelles est d'utiliser une partie ou la totalité de vos congés mobiles, offerts aux cadres, aux cadres policiers, membres de l'état-major et membres du personnel de cabinet.

Quelles sont les règles de participation?

Vos choix de protection au moment de votre adhésion initiale restent en vigueur jusqu'à la prochaine période de réadhésion (prévue tous les deux ans). Vos protections ne peuvent pas être modifiées avant la période suivante de réadhésion, à moins qu'un changement de situation de vie admissible ne survienne.

Les choix pour les régimes facultatifs peuvent être modifiés sous réserve de certaines conditions.

Preuves d'assurabilité

Aune preuve d'assurabilité n'est requise pour l'assurance vie de base.

Des preuves d'assurabilité sont requises pour vous-même ou pour votre conjoint pour l'assurance vie facultative, sauf lors d'une adhésion initiale (nouvelle embauche). Dans ce cas, une preuve d'assurabilité sera demandée pour tout montant excédant 5 unités d'assurance vie facultative pour vous et vos personnes à charge.

Des preuves d'assurabilité sont requises pour les garanties facultatives d'assurance maladies graves.

Une fois votre inscription terminée, une lettre de présentation et le questionnaire médical à remplir et retourner à Desjardins seront disponibles sous l'onglet « Formulaire PA » sur le site de Desjardins.

ASSURANCE VIE ET DÉCÈS MUTILATION ACCIDENTELS (DMA)

Garantie	Régime de base	Régime enrichi
Vie de base	1 fois le salaire	2 fois le salaire
Terminaison	70 ans, retraite ou fin d'emploi	70 ans, retraite ou fin d'emploi
Décès mutilation accidentels de base	1 fois le salaire	2 fois le salaire
Terminaison	70 ans, retraite ou fin d'emploi	70 ans, retraite ou fin d'emploi

Garantie	Employé	Personnes à charge
Vie facultative	1 à 50 unités de 10 000 \$ Maximum 5 x salaire	1 à 10 unités de 10 000 \$ conjoint et 5 000 \$ par enfant
Preuves assurabilité	Requises	Requises
Réduction	50 000 \$ à 65 ans	5 unités à 65 ans
Terminaison	70 ans, retraite ou fin d'emploi	70 ans, retraite ou fin d'emploi
Décès mutilation accidentels facultative	1 à 50 unités de 10 000 \$, Maximum : 5 x salaire	s. o.
Réduction	50 000 \$ à 65 ans	
Terminaison	70 ans, retraite ou fin d'emploi	

ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Garantie	Employé	Conjoint
Maladies graves facultative	2 à 50 unités de 10 000 \$	2 à 50 unités de 10 000 \$
Plan de base	4 conditions médicales	4 conditions médicales
Plan enrichi	31 conditions médicales	31 conditions médicales
Preuves d'assurabilité	Requises	Requises
Âge de terminaison	65 ans, retraite ou fin d'emploi	65 ans du conjoint ou de l'employé, retraite ou fin d'emploi

ASSURANCE INVALIDITÉ

Garantie	Employé	
Invalidité de courte durée	75 % du salaire hebdomadaire	
Statut fiscal des prestations	Imposable	
Délai de carence	5 jours ouvrables	
Durée maximale	26 semaines	
Garantie	Base (cadre, cadre policier, état-major, élu)	Facultative (cadre contractuel, personnel cabinet)
Invalidité de longue durée*	70 % du salaire	50 % du salaire
Statut fiscal des prestations	Imposable	Non imposable
Délai de carence	27 semaines	27 semaines
Durée maximale	65 ans ou retraite	5 ans de prestations, fin contrat, 65 ans ou retraite

* Le cadre contractuel et le membre du personnel de cabinet ont droit à la garantie facultative seulement.

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Sauf indication contraire, les maximums sont indiqués par personne assurée et par année civile.



	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi
Médicaments*			
Franchise annuelle	750 \$ par personne assurée (les frais engagés pour les enfants à charge sont comptabilisés dans la franchise de l'adhérent)	Aucune	Aucune
Remboursement - Médicaments de la liste RAMQ et substitution générique ou substitution biosimilaire obligatoire*	100 % après application de la franchise	75 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles soumis par famille et 100 % de l'excédent.	90 % des premiers 3 000 \$ de frais admissibles soumis par famille et 100 % de l'excédent.
Carte de paiement	Direct	Direct	Direct
Vaccins préventifs	Couvert	Couvert	Couvert
Produits de sclérothérapie pour le traitement des varices	20 \$ par visite	20 \$ par visite	20 \$ par visite
Frais remboursés à 100 %			
Hospitalisation	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée
Maison de convalescence/réadaptation	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par période d'hébergement	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par période d'hébergement	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par période d'hébergement
Assurance voyage	Maximum voyager de 5 000 000 \$	Maximum voyager de 5 000 000 \$	Maximum voyager de 5 000 000 \$
Soins de la vue	Non couvert	Non couvert	Maximum combiné de 250 \$ par période de 24 mois pour examen de la vue, lunettes, lentilles cornéennes et correction visuelle par laser
Soins dentaires à la suite d'un accident	Remboursement dans les 12 mois suivant la date de l'accident	Remboursement dans les 12 mois suivant la date de l'accident	Remboursement dans les 12 mois suivant la date de l'accident
Professionnels de la santé – une visite par jour			
Remboursement	Non couvert	75 %	90 %
Acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste ou nutritionniste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, orthothérapeute ou kinésithérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, podiatre ou podologue	Non couvert	Maximum combiné de 500 \$ et 50 \$ pour des radiographies prescrites par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre	Maximum combiné de 1 000 \$ et 50 \$ pour des radiographies prescrites par un chiropraticien, ostéopathe ou podiatre
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport	Non couvert	Maximum combiné de 500 \$	Maximum combiné de 1 000 \$
Psychologue, travailleur social ou psychothérapeute	Non couvert	Maximum combiné de 500 \$	Maximum combiné de 1 000 \$
Autres frais admissibles			
Remboursement	75 %	75 %	90 %
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune
Ambulance	Couvert	Couvert	Couvert
Glucomètre	Non couvert	Un appareil par 36 mois, maximum 200 \$	Un appareil par 36 mois, maximum 200 \$
Pompe à insuline	7 500 \$ par 5 ans, max. 10 000 \$ voyager	Maximum voyager de 10 000 \$	Maximum voyager de 10 000 \$
Fournitures pour pompe à insuline	Couvert	Couvert	Couvert
Analyses de laboratoire, techniques d'imagerie, test de dépistage prénatal	Non couvert	1 000 \$	1 000 \$
Chaussures orthopédiques ou chaussures profondes	Non couvert	250 \$ après franchise de 100 \$, une paire pour les adultes et deux paires pour les enfants de moins de 18 ans	250 \$ après franchise de 100 \$, une paire pour les adultes et deux paires pour les enfants de moins de 18 ans
Orthèses de pied	Non couvert	200 \$ sous certaines conditions	200 \$ sous certaines conditions
Stérilets ou diaphragmes	Non couvert	50 \$	50 \$
Bas de contention	Non couvert	500 \$ (compression 20 mm/Hg ou +)	500 \$ (compression de 20 mm/Hg ou +)
Soins infirmiers à domicile	225 \$ par jour, maximum 25 000 \$	225 \$ par jour, maximum 25 000 \$	Maximum 25 000 \$
Prothèses auditives	Non couvert	700 \$ par période de 36 mois, y compris les piles	700 \$ par période de 36 mois, y compris les piles
Prothèses capillaires	Non couvert	200 \$ voyager	200 \$ voyager
Prothèses mammaires	Non couvert	250 \$ par période de 24 mois, y compris 2 soutiens-gorge post-mastectomie	250 \$ par période de 24 mois, y compris 2 soutiens-gorge post-mastectomie
Cure de désintoxication (traitement de l'alcoolisme, toxicomanie, dépendance aux jeux)	Non couvert	60 \$ par jour, maximum voyager de 2 500 \$	60 \$ par jour, maximum voyager de 2 500 \$
Équipement médical (tel que lit d'hôpital, fauteuil roulant, membre artificiel)	Non couvert	Couvert, sujet à certains maximums	Couvert, sujet à certains maximums
Autres fournitures médicales (tel que CPAP, neurostimulateurs TENS, prothèses)	Non couvert	Couvert, sujet à certains maximums	Couvert, sujet à certains maximums

Les frais admissibles sont des frais raisonnablement justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région. Les professionnels de la santé admissibles sont membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par l'assureur. Le maximum est limité à une visite par jour.



* Médicaments

Si vous choisissez d'acheter un médicament innovateur pour lequel il existe un équivalent générique, le remboursement est calculé en fonction du prix du médicament générique le plus bas⁽¹⁾. Le montant qui entre dans le calcul du déboursé annuel est celui que vous auriez déboursé si vous aviez acheté ce médicament générique moins coûteux.

⁽¹⁾ Il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur si la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. Les honoraires exigés pour remplir le formulaire sont à la charge de la personne adhérente et l'approbation de Desjardins est requise.

Seules les versions biosimilaires des médicaments biologiques de référence sont couvertes

SOINS DENTAIRES

Sauf indication contraire, les maximums sont indiqués par personne assurée et par année civile.

	Régime de base	Régime enrichi
Franchise annuelle	Aucune	
Soins de base (Diagnostic et prévention, restauration mineure, chirurgie buccale)	75 %	90 %
Prosthodontie (Endodontie, parodontie, rebasage, regarnissage de prothèses, couronnes et ponts, mise en bouche de prothèses)	50 %	80 % (radiographie supplémentaires : 50 %)
Orthodontie (Pour les enfants de moins de 18 ans)	Non couvert	50 %
Remboursement maximum :		
• Soins de base et prosthodontie combinés	• 500 \$ par année	• 2 000 \$ par année
• Orthodontie	• s. o.	• 2 000 \$ voyager
Examen de rappel	Tous les 9 mois	Tous les 6 mois
Guide des tarifs - généralistes	Année courante	

DES CHOIX POUR CHAQUE SITUATION

Voici quelques exemples qui vous aideront dans votre réflexion sur les choix à faire.

Ils servent à illustrer la flexibilité du programme et ne constituent pas des suggestions. Plusieurs choix sont possibles pour chaque situation.



Jean est un célibataire de 25 ans.

Jean est célibataire, jeune et en bonne santé. Il porte des lunettes. Il prend très rarement des médicaments et consulte les spécialistes de la santé au besoin mais plutôt rarement. Il va chez le dentiste une fois par année pour un examen de routine. Il lui arrive d'avoir une carie à faire réparer.

Soins de santé et soins dentaires	Il choisit la protection minimale des soins de santé et le régime de base des soins dentaires. Ces régimes sont en partie payés par la Ville de Montréal et conviennent très bien à ses besoins pour les deux prochaines années.
Crédits flexibles	Les crédits flexibles de base servent à réduire la prime de Jean. Il a été tenté de transférer ses congés mobiles dans son RÉER. En fin de compte, il choisit de transférer une portion de ses congés mobiles dans le compte gestion-santé. De cette façon, il disposera de ce montant pour payer la différence entre ce qu'il devra payer et ce qui est remboursé par les régimes ou pour les imprévus. Si tout va bien, il pourrait même utiliser une bonne partie de ce montant pour se payer une paire de lunettes neuve.
Assurance vie et décès mutilation accidentels	Comme personne ne dépend de lui financièrement, il se contente des régimes de base d'assurance vie et d'assurance décès mutilation accidentels.

Olga est une mère de deux enfants, âgée de 40 ans et sans conjoint.

Olga et ses deux enfants sont généralement en bonne santé mais le budget de la famille est assez serré. Elle a besoin d'une bonne couverture pour elle et ses deux enfants puisqu'elle pourrait difficilement faire face à des imprévus. Ses enfants sont jeunes et dépendent entièrement d'elle financièrement.

Soins de santé et soins dentaires	Olga choisit les régimes enrichis et la protection monoparentale pour obtenir la meilleure protection au meilleur coût possible. Elle apprécie le fait de ne pas avoir à payer le plein prix d'une protection familiale.
Crédits flexibles	Ses crédits flexibles de base servent à réduire sa part du coût des régimes. Elle choisit d'allouer l'équivalent de 20 heures de congés mobiles pour obtenir des sommes additionnelles au compte gestion-santé. De cette façon, elle disposera d'une somme qu'elle pourra utiliser pour compléter la protection des régimes.
Assurance vie et décès mutilation accidentels	Ses deux enfants sont jeunes et dépendront d'elle pendant plusieurs années encore. Comme les tarifs d'assurance sont très avantageux, elle choisit les régimes enrichis d'assurance vie et d'assurance décès mutilation accidentels. Elle achète en plus 20 unités d'assurance vie facultative.

Louise a 50 ans, a un conjoint et ses enfants ont quitté la maison.

Louise et son conjoint constatent que leurs besoins en matière de soins de santé et de soins dentaires ont augmenté au cours des dernières années. Ils doivent tous les deux consommer des médicaments sur une base régulière et portent tous les deux des lunettes. Ils consultent des professionnels de la santé comme un chiropraticien à l'occasion. Le conjoint de Louise travaille et bénéficie de la protection du programme de son employeur. Ils sont relativement à l'aise financièrement, leurs enfants ne dépendent plus d'eux et leur maison est payée.

Soins de santé et soins dentaires	Louise choisit les régimes enrichis et la protection de couple même si son conjoint a son propre régime. De cette façon, ils pourront réclamer des deux programmes et obtenir un remboursement plus élevé. Bien sûr, ils devront payer de l'impôt pour les deux programmes. Cependant, ils croient que c'est plus rentable pour eux compte tenu de leurs dépenses de santé.
Crédits flexibles	Ses crédits flexibles de base servent à réduire sa part du coût des régimes. Pour eux, les congés constituent un aspect important de la qualité de leur vie. Ils ne transfèrent donc pas les congés mobiles au compte gestion-santé.
Assurance vie et décès mutilation accidentels	Louise se contente des régimes de base d'une fois son salaire.

Richard a 40 ans, est père de famille et sa conjointe est à la maison

Richard est père de deux jeunes enfants et sa conjointe est à la maison. Elle travaille parfois à la pigoise mais ne bénéficie d'aucun programme d'assurance collective. Toute la famille dépend donc du programme d'assurance de la Ville de Montréal. Dans sa situation, les garanties les plus importantes pour Richard sont les garanties d'invalidité. À ce titre, Richard bénéficie d'une très bonne protection entièrement payée par la Ville de Montréal.

Soins de santé et soins dentaires	Richard a besoin de la protection maximale. Il choisit les régimes enrichis et la protection familiale.
Crédits flexibles	Ses crédits flexibles de base servent à payer en partie sa part du coût des régimes. Pour maximiser encore plus sa protection, il choisit d'allouer la totalité de ses congés mobiles au compte gestion-santé, soit l'équivalent de 37,5 heures de travail.
Assurance vie et décès mutilation accidentels	Si Richard décédait, ce serait vraiment la catastrophe pour toute sa famille. Il choisit donc les régimes enrichis d'assurance vie et d'assurance décès mutilation accidentels. Il achète en plus 25 unités d'assurance vie facultative et d'assurance décès mutilation accidentels facultative.

Mohamed a 40 ans, a un enfant et est également couvert par le programme de sa conjointe.

Mohamed et sa conjointe sont deux professionnels qui travaillent et bénéficient chacun d'un bon programme d'assurance collective. Au cours des dernières années, ils ont eu quelques petits problèmes de santé. Ils ont un fils de 13 ans qui a besoin de soins d'orthodontie.

Soins de santé et soins dentaires	Après une comparaison des deux programmes, Mohamed décide de demander l'exemption des régimes de soins de santé et de soins dentaires de la Ville de Montréal. Toute la famille sera couverte par le programme de sa conjointe. Les soins d'orthodontie sont couverts de la même façon dans les deux programmes.
Crédits flexibles	En raison de son exemption, Mohamed a des crédits flexibles d'exemption, en plus des crédits de base. Une partie de ses crédits servent à payer sa part du coût des régimes. Il transfère le solde à son compte gestion-santé. Ce montant complètera la couverture des régimes de sa conjointe. Il pourra également dépenser une partie de cette somme selon les priorités de la famille, probablement pour payer une partie des soins d'orthodontie qui ne seront pas remboursés par la garantie de soins dentaires.
Assurance vie et décès mutilation accidentels	La conjointe de Mohamed gagne un bon salaire et a aussi une assurance vie. Ils ont également une assurance vie associée à leur hypothèque. Mohamed choisit donc le régime de base d'assurance vie et d'assurance décès mutilation accidentels. Il décidera au prochain renouvellement s'il est nécessaire d'augmenter le montant selon l'évolution de sa situation.