

Programme d'assurance collective du personnel cadre



Table des matières

Introduction

Que contient le présent guide ?	3
---------------------------------------	---

Questions de base sur le programme

Quels sont les avantages du programme flexible ?	4
Qui est admissible au programme et quand peut-on l'être ?	4
Quelles personnes peuvent être assurées par le programme ?	5
Quels sont mes choix ?	6
Qu'est-ce que les crédits flexibles ?	8
Qu'est-ce qu'un compte mieux-être ?	10
Quels sont les coûts et comment sont-ils partagés ?	13
Quelles sont les règles de participation ?	13
Période de réadhésion	13
Changements de situation de vie admissibles	14
Exemption	14
Preuve d'assurance	14
Désignation de bénéficiaires	15
Preuves d'assurabilité	15
Protection par défaut	16
Quelles sont les répercussions fiscales ?	17
Qu'arrive-t-il lorsque je suis absent du travail ?	18
Comment puis-je contribuer à limiter l'augmentation des coûts du programme ?	19

Description sommaire du programme

Soins de santé	20
Soins dentaires	24
Invalidité	27
Assurance vie	28
Assurance décès et mutilation par accident	31
Assurance maladies graves	34

Des choix pour chaque situation

Quelques exemples	35
-------------------------	----

Introduction

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.

Le grand avantage du programme est sa flexibilité. Il vous permet d'adapter les diverses protections à vos besoins et à ceux de votre famille à un coût avantageux, tout au long de votre carrière.

Le programme offre de multiples possibilités et il n'en tient qu'à vous d'en bénéficier pleinement. Vous seul pouvez faire les choix qui conviennent à vos besoins.

Vous avez donc la responsabilité de bien vous informer et de réfléchir à votre situation.

Que contient le présent guide?

Le présent guide vous aidera à faire vos choix et à adhérer au Programme flexible d'assurance collective.

Vous y trouverez :

- des renseignements généraux sur le programme,
- une description du partage des coûts du programme entre la Ville de Montréal et vous,
- une explication de chacune des composantes du programme,
- des pistes de réflexion pour vous aider à faire vos choix,
- des exemples pour illustrer les multiples possibilités du programme.

Nous vous invitons à lire attentivement ce guide.

Une fois familiarisé avec les modalités du programme, vous serez alors en mesure de choisir les protections qui vous conviennent le mieux et d'adhérer au programme.

Note importante :

Ce guide présente un survol du Programme flexible d'assurance collective de la Ville de Montréal. Le genre masculin utilisé désigne autant les hommes que les femmes. Nous n'avons ménagé aucun effort pour assurer l'exactitude de l'information présentée.

Ce guide constitue un résumé seulement. Il ne remplace pas les contrats d'assurance, qui font autorité en cas de litige.

À retenir !

Le programme flexible vous offre de multiples possibilités.

Nous vous suggérons de lire attentivement le présent guide. Vous y trouverez, entre autres, un sommaire du programme et des pistes de réflexion pour faire vos choix.

Des questions?

Pour le personnel des services centraux et de l'arrondissement Lachine, ou du SIM communiquez avec le Centre de services aux employés-RH.

Téléphone : 514 868-5800

Courriel : rh_cse@montreal.ca.

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

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



Questions de base sur le programme

Quels sont les avantages du programme flexible?

Le Programme flexible d'assurance collective est un programme concurrentiel qui vous permet de choisir les protections qui conviennent le mieux à vos besoins et à ceux de votre famille.

Vous avez la possibilité de modifier vos choix de protection à intervalles réguliers. Ainsi, vous pourrez adapter vos protections à l'évolution de vos besoins tout au long de votre carrière au sein de la Ville de Montréal.

De plus, si votre personne conjointe bénéficie aussi d'un programme d'assurance collective offert par son employeur, vous pouvez coordonner les protections entre les deux programmes. Vous avez également la possibilité d'utiliser un compte gestion-santé, qui est avantageux sur le plan fiscal.

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

Vous êtes admissible au Programme flexible d'assurance collective si vous faites partie des cadres administratifs ou de direction.

Vous et les personnes à votre charge êtes admissibles dès votre premier jour de travail à la Ville de Montréal. Vous devez y adhérer dans les 31 jours de votre date d'admissibilité.

Quelles personnes peuvent être assurées par le programme?

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
- Protection de couple
- Protection monoparentale
- Protection familiale

Votre type de protection ne doit pas nécessairement correspondre à votre situation familiale. Vous choisissez les personnes que vous voulez assurer. Par exemple, vous pouvez choisir la protection monoparentale même si vous avez une personne conjointe, dans le cas où votre personne conjointe est peut-être couvert par le régime de son propre employeur. Si vous choisissez de vous inscrire à la fois au régime de soins de santé et au régime de soins dentaires, vous devez cependant choisir le même type de protection pour les deux régimes.

Veillez noter que 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. De plus, vous devez obligatoirement en faire bénéficier votre personne conjointe et vos enfants à charge, à moins que ceux-ci ne soient déjà couverts par un autre régime privé.

En ce qui concerne l'assurance vie, vous seul pouvez être assuré au titre du régime de base et du régime enrichi. Vous pouvez assurer les personnes à votre charge au titre du régime facultatif.

L'assurance décès et mutilation par accident et les garanties d'invalidité sont destinées à vous seulement. Vous ne pouvez pas assurer les personnes à votre charge.

Enfin, l'assurance maladies graves est également offerte à votre personne conjointe.

Votre personne conjointe

La personne avec qui :

- vous êtes domicilié et marié ou uni civilement;
- vous vivez maritalement depuis au moins douze (12) mois et n'êtes pas séparé depuis trois (3) mois ou plus;
- vous vivez maritalement, avez eu un enfant et n'êtes pas séparé de cette personne depuis trois (3) mois ou plus.

Vos enfants

L'enfant qui réside au Canada et qui :

- a moins de 18 ans et sur qui vous ou votre personne conjointe exercez l'autorité parentale;
- n'a pas de personne conjointe, a moins de 26 ans et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement, et sur qui vous ou votre personne conjointe exerceriez l'autorité parentale s'il était mineur;
- quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité totale ayant débuté avant l'âge de 18 ans.

Quels sont mes choix ?

Le Programme flexible d'assurance collective comporte plusieurs choix à faire. Pour chaque type de régime, vous aurez d'abord le choix entre un régime de base et un régime enrichi, auxquels s'ajoute un régime facultatif pour quelques protections seulement.

Voici une liste des autres choix que vous aurez à faire :

- **Personnes assurées** : Quelles personnes souhaitez-vous assurer au titre du programme ?
- **Possibilité d'exemption** : Est-il plus avantageux pour vous et votre famille d'être exemptés des régimes de soins de santé et de soins dentaires ?
- **Utilisation des crédits flexibles** : Comment souhaitez-vous utiliser vos crédits flexibles ?
- **Utilisation de vos congés mobiles** : Comment souhaitez-vous utiliser vos congés mobiles ?

Pour faire les bons choix, vous devrez réfléchir à vos besoins et à votre situation familiale. Vous devrez également revoir ces choix tous les deux ans. Il est à noter que vous pourrez faire tous ces choix en ligne grâce à l'outil d'adhésion.

Le tableau sur la page suivante présente un survol des choix de régime. Il vous donnera un aperçu des principales différences entre les régimes.

Chacun des régimes est présenté en détail plus loin dans le présent guide. Il s'agit de taux de remboursement et de maximums annuels, par personne assurée, à moins d'indication différente.

Régimes	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi	Régime facultatif
Soins de santé	<p>Médicaments : 100 % après application d'une franchise de 750 \$ par adulte</p> <p>Physiothérapeutes et psychologues : non couvert</p> <p>Autres services paramédicaux : non couvert</p> <p>Autres services médicaux limités : 75 %</p>	<p>Médicaments : 75 % de la première tranche de 3 000 \$ (par famille) et 100 % de l'excédent</p> <p>Physiothérapeutes et psychologues : 75 %, maximum 500 \$ par année</p> <p>Autres services paramédicaux : 75 %, maximum 500 \$ par année</p> <p>Examens de la vue : maximum 75 \$ par 24 mois</p> <p>Autres services médicaux : 75 %</p>	<p>Médicaments : 90 % de la première tranche de 3 000 \$ (par famille) et 100 % de l'excédent</p> <p>Physiothérapeutes et psychologues : 90 %, maximum 1 000 \$ par année</p> <p>Autres services paramédicaux : 90 %, maximum 1 000 \$ par année</p> <p>Soins de la vue : maximum 300 \$ par 24 mois</p> <p>Autres services médicaux : 90 %</p>	
Soins dentaires		<p>Soins de base : 75 %</p> <p>Prosthodontie : 50 %</p> <p>Maximum : 500 \$ par année</p>	<p>Soins de base : 90 %</p> <p>Prosthodontie : 80 %</p> <p>Maximum : 2 000 \$ par année</p> <p>Orthodontie : 50 %, maximum 2 000 \$ à vie (enfants < 18 ans)</p>	
Régime d'invalidité de courte durée		75 % du salaire 26 semaines maximum		
Régime d'invalidité de longue durée		70 % du salaire		Contractuel seulement : 50 % du salaire annuel
Assurance vie de l'employé		1 x le salaire de base	2 x le salaire de base	Tranches de 10 000 \$, maximum 500 000 \$
Assurance vie des personnes à charge				<p>Chaque tranche offre la protection suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conjoint : 10 000 \$ • enfant : 5 000 \$ (maximum 10 tranches)
Assurance décès et mutilation par accident de l'employé		1 x le salaire de base	2 x le salaire de base	Tranches de 10 000 \$, maximum 500 000 \$
Maladies graves				Protection de base ou étendue : montant souscrit par tranche de 10 000 \$

Qu'est-ce que les crédits flexibles?

Les crédits flexibles sont des dollars que vous accorde la Ville de Montréal afin de vous faire bénéficier d'un avantage additionnel. Ils correspondent au montant fixe que la Ville de Montréal vous accorde chaque année.

Attribution et dépôt des crédits flexibles

La Ville de Montréal vous attribue des crédits flexibles au début de chaque année. Vous décidez comment utiliser vos crédits flexibles pour une période de deux ans, ce qui correspond à la période de maintien de vos protections jusqu'à la période de renouvellement suivante. Le montant des crédits flexibles est revu chaque année par la Ville de Montréal, en même temps que le coût des régimes.

Veillez noter que lors d'une nouvelle embauche ou d'un changement de situation de vie libérant des crédits flexibles en cours d'année, ces derniers sont alloués au prorata du nombre de jours restant dans l'année en cours.

Comment puis-je utiliser mes crédits flexibles?

Vous pouvez utiliser vos crédits flexibles pour :

- payer votre part du coût des régimes,
- les transférer en partie ou totalité à votre compte gestion-santé,
- les transférer en partie ou totalité à votre compte mieux-être,
- les transférer en partie ou en totalité dans un RÉER.

Si vous avez choisi de transférer vos crédits flexibles dans le compte gestion-santé, compte mieux-être ou dans un REÉR, ces crédits seront déposés dans votre compte dès le début de l'année. Vous pouvez utiliser vos crédits dès leur dépôt.

Qu'est-ce qu'un compte gestion-santé?

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. Il est financé exclusivement par les crédits flexibles.

Le compte gestion-santé constitue un outil pratique et efficace qui vous permet de payer certains frais de soins de santé et de soins dentaires qui ne sont pas pris en charge par le Programme flexible d'assurance collective de la Ville de Montréal, le programme d'assurance collective de votre personne conjointe, le cas échéant, ou par un autre régime privé ou un régime d'État.

Voici quelques exemples de frais remboursables :

- les frais en excédent des maximums prévus par les garanties de soins de santé et de soins dentaires de la Ville de Montréal

et

- les frais admissibles au crédit d'impôt en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada*.

Veillez noter que certains de ces frais ou une partie de ceux-ci peuvent également être remboursés par le programme de la Ville de Montréal. En voici quelques exemples :

- Chirurgie oculaire au laser
- Fauteuil roulant, fauteuil tricycle et chaise gériatrique montée sur roues alimentés par batterie
- Injections pour le traitement de varices
- Lunettes et lentilles cornéennes sur ordonnance
- Médicaments en vente libre, pourvu qu'ils soient prescrits par le médecin
- Membres artificiels, rein artificiel, frais de réparation et de maintenance de l'appareil et fournitures
- Pompes à perfusion et dispositifs pour mesurer le taux de sucre dans le sang pour les personnes atteintes de diabète
- Procédure de fécondation in vitro et frais de suivi du cycle menstruel
- Services de praticiens tels que diététistes et hygiénistes dentaires
- Soins d'un prothésiste dentaire ou d'un denturologue
- Transport par ambulance
- Tous les autres frais admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux

La loi vous autorise également à demander le remboursement de frais engagés pour d'autres personnes qui sont à votre charge.

Vous pouvez consulter la liste complète des frais admissibles dans le site de l'Agence du revenu du Canada à l'adresse : canada.ca

Sur la page d'accueil, faites une recherche pour accéder à *Frais médicaux admissibles*.

Si vous avez des doutes quant aux frais admissibles à un remboursement au titre du compte gestion-santé, vous pouvez également communiquer avec l'assureur.

Le compte gestion-santé est financé exclusivement par les crédits flexibles. Vous ne pouvez pas y verser d'argent de votre poche.

Report à l'année suivante

Si, à la fin de l'année, vous n'avez pas dépensé le montant complet de votre compte gestion-santé, le solde sera reporté à l'année suivante.

Au cours de la deuxième année, vous devrez utiliser en totalité les crédits reportés, sinon vous les perdez, comme le prévoit la Loi de l'impôt sur le revenu. Naturellement, l'assureur utilisera en priorité vos crédits flexibles reportés de l'année précédente pour régler vos premières demandes de remboursement de la nouvelle année.

Le solde de votre compte gestion-santé est accessible sur le site de l'assureur.

Traitement fiscal

Les frais de santé remboursés par le compte gestion-santé représentent un revenu imposable au Québec. Ces frais seront ajoutés à votre revenu imposable provincial en fin d'année (Relevé 1, case A).

À retenir !

Vous pouvez utiliser la totalité ou une partie de vos congés mobiles pour obtenir un montant additionnel à votre compte gestion-santé et votre compte mieux-être.

Le compte gestion-santé et votre compte mieux-être sont des compléments flexibles et avantageux sur le plan fiscal. Ils vous permettent de vous faire rembourser des frais qui ne sont pas couverts par les garanties du programme flexible.

Qu'est-ce qu'un compte mieux-être ?

Le compte mieux-être vous permet de vous faire rembourser certains types d'activités et de services liés au mieux-être. Il vise principalement à promouvoir une approche globale de la santé en vous encourageant à prendre soin de vous. Les frais peuvent avoir été engagés pour vous-même et les personnes à votre charge.

Le compte mieux-être élargit la gamme des garanties déjà incluses dans votre programme d'assurance collective. Il offre plus de souplesse quant à la nature des frais qui sont admissibles, vous permettant de faire des choix adaptés à vos besoins et à ceux de votre famille.

Les frais admissibles sont regroupés en 8 catégories :

- Activités physiques et sportives (centre de conditionnement physique, ligues sportives, cours de yoga, etc.)
- Équipement nécessaire à la pratique d'activités physiques et sportives (vêtements spécialisés, tapis roulant, etc.)
- Frais et programmes reliés à la santé (programme de conseils en nutrition, programme de cessation tabagique, etc.)
- Équilibre travail et vie personnelle (aidant naturel, accompagnateur de deuil, etc.)
- Loisirs et style de vie (Espace pour la vie et activités culturelles, cours et instruments de musique, etc.)
- Services de santé autochtones (guérisseurs traditionnels autochtones, médicaments traditionnels, etc.)
- Médecines alternatives (hypnothérapie, Tai-chi, Qi Gong, etc.)
- Parentalité, fertilité, adoption et maternité de substitution (conseiller en fertilité, coaching familial, frais d'adoption, etc.)

Si vous avez des doutes quant aux frais admissibles à un remboursement au titre du compte mieux-être, vous pouvez également communiquer avec l'assureur.

Pour bien distinguer le compte mieux-être du compte gestion-santé, seuls les frais et services non admissibles selon la Loi de l'impôt sur le revenu sont admissibles au compte mieux-être.

Le compte mieux-être est financé exclusivement par les crédits flexibles ou par un transfert des congés mobiles. Vous ne pouvez pas y verser d'argent de votre poche.

Report à l'année suivante

Si, à la fin de l'année, vous n'avez pas dépensé le montant complet de votre compte mieux-être, le solde sera reporté à l'année suivante.

Au cours de la deuxième année, vous devrez utiliser en totalité le solde reporté, sinon vous le perdez. Naturellement, l'assureur utilisera en priorité le solde reporté de l'année précédente pour régler vos premières demandes de remboursement de la nouvelle année.

Le solde de votre compte mieux-être est accessible sur le site de l'assureur.

Traitement fiscal

Les frais remboursés par le compte mieux-être représentent un revenu imposable au Québec et au fédéral. Ces frais seront ajoutés à votre revenu imposable en fin d'année (Relevé 1, case A et T4, case 14).

Si je veux déposer mes crédits flexibles dans mon REÉR, à quel endroit puis-je les déposer?

Vous pouvez transférer vos crédits flexibles vers l'une des institutions financières identifiées par la Ville. Pour plus de renseignements, veuillez vous adresser au CSE-RH ou à l'intervenant en ressources humaines de votre arrondissement.

Si vous choisissez d'utiliser le solde de vos crédits pour cotiser à un REÉR, vous devez établir vos droits de cotisations. Nous vous rappelons que le montant que vous pouvez déduire durant une année fiscale pour les cotisations que vous avez versées à un REÉR dépend de votre maximum déductible au titre des REÉR qui figure sur votre plus récent avis de cotisation. Afin d'obtenir plus d'information, visitez le site Web de l'Agence du revenu du Canada à : canada.ca

Est-il possible d'ajouter des sommes additionnelles dans mon compte gestion-santé, compte mieux-être ou REÉR en cours d'année?

Oui, la seule façon d'ajouter des sommes additionnelles est d'utiliser une partie ou la totalité de vos congés mobiles, rémunération faisant partie de la rémunération globale offerte aux cadres.

La valeur de cette rémunération correspond aux heures de congés mobiles qui vous sont normalement octroyées par anticipation au 1^{er} mai multipliées par votre taux horaire.

Exemple :

Catégorie d'emploi	Calcul
Cadre	Taux horaire de avril 2024 X heures octroyées au 1 ^{er} mai 2024

Annuellement, vous devez décider de l'utilisation que vous ferez de vos congés mobiles au moyen de laquelle vous pouvez :

- obtenir un certain nombre d'heures de congés mobiles, jusqu'à concurrence du montant de rémunération disponible (ces heures doivent être prises avant la fin de l'année où elles sont acquises);
- allouer une portion ou la totalité de ces crédits à un REÉR;
- allouer une portion ou la totalité de ces crédits à un compte gestion-santé.
- allouer une portion ou la totalité de ces crédits à un compte mieux-être.

Vous devez tout d'abord choisir de diriger ou non une portion de vos congés mobiles vers l'attribution de congés mobiles. Le solde doit, par la suite, être transféré en entier, soit au compte gestion-santé, au compte mieux-être ou à un REÉR individuel, s'il y a lieu.

Si aucun choix n'est effectué au moment de la campagne, la totalité de vos congés mobiles sera utilisée pour obtenir des heures de congés mobiles.

Vous pourrez refaire vos choix pour l'utilisation de vos congés mobiles de la prochaine période de référence, en avril de chaque année.

À retenir !

Vous pouvez utiliser la totalité ou une partie de vos congés mobiles pour obtenir un montant additionnel à votre REÉR.

Nous vous rappelons que le montant que vous pouvez déduire durant une année fiscale pour les cotisations que vous avez versées à un REÉR dépend de votre maximum déductible au titre des REÉR qui figure sur votre plus récent avis de cotisation.

Quels sont les coûts et comment sont-ils partagés?

La Ville de Montréal	Vous payez :
<ul style="list-style-type: none">- paie la totalité du coût des régimes d'invalidité (sauf le volet facultatif), 100 % du coût de la protection minimale des soins de santé, 75 % du coût du régime de base des soins dentaires et 100 % du coût des régimes de base des assurances vie et décès et mutilation par accident, et- verse annuellement des crédits flexibles que vous pouvez utiliser pour payer votre part du coût des régimes si vous le voulez.	<ul style="list-style-type: none">- la différence entre le coût des régimes choisis et le coût assumé par la Ville, et- la totalité du coût des régimes facultatifs.

Les coûts des régimes sont établis comme suit :

- Le coût des régimes de soins de santé et de soins dentaires varie selon le type de protection que vous choisissez.
- Le coût des régimes d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation par accident est un taux fixe fondé sur votre salaire.
- Le coût des régimes facultatifs d'assurance vie et d'invalidité de longue durée est fondé sur votre sexe et votre âge.
- Le coût du régime facultatif d'assurance maladies graves est fondé sur le sexe, l'âge et le statut de fumeur de la personne assurée.
- Le coût de l'assurance décès et mutilation par accident facultative est un taux fixe fondé sur le montant de la protection choisie.

Quelles sont les règles de participation?

Vos choix de protection au moment de votre adhésion initiale au programme restent en vigueur jusqu'à la prochaine période de réadhésion (prévue tous les deux (2) ans). Vos protections ne peuvent pas être modifiées avant la période suivante de réadhésion de participation au programme, à moins qu'un changement de situation de vie admissible ne survienne.

Quant aux choix que vous faites dans le cadre des régimes facultatifs, vous avez la possibilité de les modifier sous réserve de certaines conditions.

Période de réadhésion

La période de réadhésion au programme a lieu tous les deux ans, au mois de novembre. Vous pouvez alors conserver vos choix tels quels ou encore les modifier à votre guise. Dans le cas des soins de santé, vous ne pouvez diminuer votre protection qu'un niveau à la fois. Il n'est donc pas possible de passer du régime enrichi à la protection minimale sans d'abord adhérer au régime de base. Les choix que vous faites à ce moment-là prennent effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Changements de situation de vie admissibles

Vous pouvez modifier vos choix de protection lorsque l'un des changements suivants se produit :

- Mariage, début d'union civile
- Nouvelle personne conjointe de fait (cohabitation de plus de douze (12) mois ou enfant né de cette union)
- Naissance, adoption d'un enfant
- Divorce, séparation ou fin d'une union de fait
- Décès de votre personne conjointe ou d'un enfant
- Fin de l'admissibilité d'un enfant à charge
- Début ou fin de la protection du régime de votre personne conjointe

Vous avez 31 jours à compter de la date du changement de situation pour modifier vos choix de protection, s'il y a lieu. Vous devez modifier vos choix en utilisant l'outil d'adhésion en ligne.

Exemption

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 personne conjointe). Vous pouvez également être exempté de participer au régime de soins dentaires.

Preuve d'assurance

En vertu d'une disposition de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, si vous avez choisi d'être exempté de la protection de soins de santé, vous aurez 31 jours, à compter de votre date d'admissibilité, pour faire parvenir à la Ville une preuve que vous êtes déjà assuré sous un autre régime depuis au moins votre date d'admissibilité au Programme flexible d'assurance collective.

À cet effet, vous devrez remplir et signer le formulaire d'exemption « Demande d'exemption – soins de santé » ou présenter l'une des trois (3) preuves d'assurance suivantes :

- une photocopie du certificat d'assurance collective au nom de votre personne conjointe, sur lequel est indiqué qu'il bénéficie d'une protection de soins de santé, familiale ou de couple, depuis au moins votre date d'admissibilité au Programme flexible d'assurance collective et, sur lequel est indiqué, dans la mesure du possible, votre nom en tant que personne couverte;
- une lettre officielle de l'employeur de votre personne conjointe, sur papier à en-tête de cet employeur indiquant le nom de votre personne conjointe et précisant que ce dernier bénéficie d'une protection de soins de santé, familiale ou de couple, depuis au moins votre date d'admissibilité au Programme flexible d'assurance collective et, sur lequel est indiqué, dans la mesure du possible, votre nom en tant que personne couverte;

À retenir !

Tous vos choix, sauf ceux reliés aux régimes facultatifs, doivent être maintenus jusqu'à la prochaine période de réadhésion (prévue tous les deux (2) ans).

Pendant cette période, vous pouvez tout de même modifier vos choix lorsque certains changements de situation se produisent dans votre vie.

Vous pouvez demander d'être exempté des régimes de soins de santé et / ou de soins dentaires.

- une lettre officielle ou un certificat d'assurance d'un autre employeur, d'une association ou d'un ordre professionnel dont vous êtes membre indiquant votre nom et confirmant que vous êtes assuré depuis au moins votre date d'admissibilité au Programme flexible d'assurance collective, en vertu de la protection de soins de santé offerte par cet employeur, cette association ou cet ordre professionnel.

Sans cette preuve, la Ville sera tenue de continuer de vous assurer sous le même régime et de prélever, sur votre rémunération, le montant de la prime afférente à votre protection de soins de santé, s'il y a lieu.

Veillez noter que 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'y adhérer, au moins pour la portion du régime qui couvre les médicaments.

De plus, vous devez obligatoirement en faire bénéficiaire votre personne conjointe et vos enfants à charge, à moins que ceux-ci ne soient déjà couverts par un autre régime privé.

Vous pouvez mettre fin à votre exemption de la protection de soins de santé si un changement de situation de vie, prévu par les règles du régime, se produit, ou encore à la prochaine période de réadhésion.

Désignation de bénéficiaires

Si vous êtes déjà assuré par un régime d'assurance vie ou d'assurance décès et mutilation par accident parrainé par la Ville de Montréal et que vous avez déjà désigné vos bénéficiaires, vous n'avez pas à faire une nouvelle désignation.

Votre désignation de bénéficiaire en vigueur est maintenue et s'appliquera au montant total d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation par accident. En l'absence de bénéficiaires désignés, la prestation sera versée à votre succession.

Si vous voulez changer votre désignation de bénéficiaire, ou si vous adhérez pour la première fois à un régime d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation par accident de la Ville de Montréal, vous devez effectuer votre désignation de bénéficiaire de façon électronique dans le système d'administration de l'assureur.

Si vous achetez de l'assurance vie pour les personnes à votre charge, vous en êtes automatiquement le bénéficiaire.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité sont exigées en tout temps, pour votre personne conjointe et vous-même, si vous choisissez les garanties facultatives

- d'assurance vie,
- d'assurance maladies graves.

Votre assurance facultative entre en vigueur seulement lorsqu'elle est approuvée par l'assureur. Jusqu'à ce moment, votre retenue salariale ne tient pas compte du coût de votre protection d'assurance facultative qui n'est pas encore approuvée par l'assureur.

Lors d'un transfert de catégorie d'emploi, les employés assurés par un régime antérieur d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation par accident pourront obtenir sans preuve d'assurabilité une couverture d'assurance facultative pour un montant égal à la portion de leur protection actuelle qui excède deux fois leur salaire. Cette disposition est valable pour la période d'adhésion initiale au nouveau programme flexible seulement.

- **Régime d'assurance vie de base et enrichi**

Aucune preuve n'est requise si vous choisissez le régime de base (1 x salaire) ou le régime enrichi (2 x salaire).

- **Régimes d'assurance vie facultative**

Adhésion initiale (nouvelle embauche)

Une preuve d'assurabilité vous sera demandée pour tout montant excédant cinq (5) tranches d'assurance vie facultative pour vous et vos personnes à charge, ainsi que pour l'assurance maladies graves.

En cours d'emploi

Une preuve d'assurabilité vous sera demandée en tout temps pour toute augmentation du montant assuré des régimes suivants : assurance vie facultative pour vous et vos personnes à charge, maladies graves.

Transfert de compte (exemple : syndiqué à cadre)

Aucune preuve d'assurabilité ne vous sera demandée sur présentation d'une preuve de couverture de votre ancien régime. L'assureur reconnaîtra les montants d'assurance vie facultative pour vous et vos personnes à charge.

- **Régime d'assurance maladies graves**

Des preuves d'assurabilité seront exigées en tout temps.

Pour toutes les demandes nécessitant des preuves d'assurabilité, l'assureur communiquera avec vous afin de vous informer des étapes à suivre. Par la suite, vous recevrez une lettre explicative de la part de l'assureur. Si le montant est accepté, le système d'administration de l'assureur également sera mis à jour.

- **Protection par défaut**

Si vous ne faites aucun choix, vous serez assuré par défaut au titre des régimes de base d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation par accident, des soins de santé et des soins dentaires.

Si vous étiez déjà assuré, vous conserverez le même type de protection qu'auparavant, sinon vous aurez la protection individuelle. Vos crédits flexibles serviront automatiquement à réduire votre part du coût des régimes. Le solde, s'il y a lieu, sera transféré au compte gestion-santé.

À retenir !

Pour obtenir la protection des régimes facultatifs, vous devez fournir des preuves d'assurabilité. La protection entrera en vigueur lorsque l'assureur l'aura approuvée.

Quelles sont les répercussions fiscales?

Certaines protections offertes dans le cadre du Programme flexible d'assurance collective donnent lieu à un avantage imposable pour vous. Cela signifie que ce coût s'ajoute à votre revenu imposable.

Un avantage imposable s'entend de toute forme de rémunération – autre que le salaire – ou d'avantages que vous recevez de la Ville de Montréal et qui est imposable selon les règles fiscales.

L'avantage imposable constitue donc un coût indirect pour vous, puisque vous devrez payer de l'impôt sur le montant de votre avantage imposable.

Voici ce qui est considéré comme un avantage imposable :

- le coût de l'assurance vie et de l'assurance décès et mutilation par accident payé par la Ville de Montréal, y compris la taxe de vente provinciale, est imposable aux paliers fédéral et provincial,
- le coût des régimes de soins de santé et de soins dentaires, payé par la Ville de Montréal, y compris la taxe de vente provinciale, est un avantage imposable uniquement pour les résidents du Québec,
- les crédits flexibles utilisés pour payer les garanties d'assurance vie sont imposables aux deux paliers de gouvernement. Toutefois, s'ils sont utilisés pour payer les soins de santé et / ou dentaires, ces crédits sont imposables uniquement au Québec,
- les frais de santé remboursés par le compte gestion-santé sont imposables uniquement pour les résidents du Québec,
- les frais remboursés par le compte mieux-être sont imposables aux paliers fédéral et provincial.

L'outil d'adhésion effectuera un calcul qui permettra de répartir vos coûts de manière à minimiser votre avantage imposable.

Voici d'autres éléments à noter relativement à l'imposition :

- Les primes d'assurance à votre charge sont assujetties à la taxe de vente provinciale (9 % au Québec). Tous les coûts présentés dans le sommaire des coûts et l'outil d'adhésion en ligne incluent cette taxe de vente.
- Les prestations des régimes de base d'invalidité de courte et de longue durée sont considérées comme un revenu imposable, car la Ville de Montréal paie la totalité du coût de ces protections.
- Lorsque vous préparerez votre déclaration de revenus, vous pourrez inclure comme déduction, dans le calcul de vos frais médicaux, votre part du coût des régimes de soins de santé et de soins dentaires, ainsi que tout avantage imposable correspondant à la part du coût payée par la Ville de Montréal pour ces protections. Veuillez consulter votre conseiller financier à ce sujet.

À retenir !

Certains régimes constituent un avantage imposable pour vous. Il ne faut pas oublier d'en tenir compte dans vos coûts.

Vos coûts seront répartis de manière à minimiser votre avantage imposable.

Qu'arrive-t-il lorsque je suis absent du travail?

Absence	Garanties maintenues	Part employeur	Part employé	Participation obligatoire	Crédits flexibles
Congé de maternité	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
Congé parental	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
Congé de paternité (avec solde)	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
Congé de paternité (sans solde)	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
Congé d'adoption	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
Congé sans solde	Selon votre choix	Non	100 %	Non – Facultatif *	Non
Congé à traitement différé	Selon votre choix	Non	100 %	Non – Facultatif *	Non
Invalidité de courte durée	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
Invalidité de longue durée	Toutes	Exonération des primes	Exonération des primes	Oui	Non
CNESST, SAAQ 26 premières semaines	Toutes	Oui	Oui	Oui	Oui
CNESST, SAAQ, après 26 semaines	Toutes	Exonération des primes	Exonération des primes	Oui	Non

* Minimum : exigences de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., C. A-29.01)

Comment puis-je contribuer à limiter l'augmentation des coûts du programme?

Comme vous le savez, le coût des protections d'assurance collective augmente sans cesse. Cette hausse est attribuable à l'utilisation accrue des protections de soins de santé et de soins dentaires par les assurés. De plus, l'arrivée sur le marché de médicaments plus coûteux contribue également à l'escalade des coûts.

La santé des employés est primordiale. Pour assurer la santé financière du programme, la Ville de Montréal a mis en place certains mécanismes de limitation des coûts pour les garanties de soins de santé et de soins dentaires, dont celui du maintien de vos choix pendant deux ans, la mise en place d'une liste restrictive des médicaments, soit la liste établie par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la substitution générique et la substitution biosimilaire des médicaments.

On entend par substitution générique le fait de rembourser l'assuré sur le coût du médicament générique même s'il choisit d'acheter le médicament original, la différence étant payée de sa poche.

Ce sont des moyens de contrôler les coûts des médicaments permettant à tous de réaliser des économies et ce, sans compromettre les traitements.

Mais ce n'est là qu'une partie de la solution.

Vous aussi pouvez faire la différence ! En tant que participant au Programme flexible d'assurance collective, vous pouvez contribuer à faire en sorte que les coûts du programme demeurent abordables. Comment? En pensant à votre santé et en devenant un consommateur averti en matière de soins de santé.

Conseils pour vous aider à penser à votre santé

- Faites de l'exercice.
- Prenez suffisamment de repos.
- Mangez sainement – une alimentation équilibrée contribue à vous garder en bonne santé.
- Cessez de fumer.
- Consultez votre médecin régulièrement.

Conseils pour devenir un consommateur averti

- Soyez certain de bien comprendre votre ordonnance et d'utiliser votre médicament de manière à assurer l'efficacité de votre traitement. N'hésitez pas à poser des questions à votre pharmacien ou à votre médecin.
- Demandez à votre médecin de vous prescrire un médicament générique plutôt qu'un médicament d'origine ou un médicament biosimilaire plutôt qu'un médicament biologique. Ils sont plus abordables et aussi efficaces.
- Si vous devez subir des traitements médicaux ou dentaires, informez-vous pour connaître les solutions thérapeutiques moins chères qui donneront le même résultat.
- Si le coût d'un traitement dentaire proposé excède 500 \$, demandez un plan de traitement que vous soumettrez à l'assureur pour connaître la part du coût remboursée par le programme.
- Réduisez les frais d'exécution d'ordonnance liés à vos médicaments d'entretien en demandant une réduction de la fréquence de vos renouvellements. Par exemple, demandez que votre ordonnance soit renouvelable tous les trois mois au lieu de l'être tous les mois.
- Accumulez vos reçus avant de présenter une demande de remboursement. De cette façon, vous contribuerez à réduire les frais d'administration.

Description sommaire du programme

Soins de santé

Vos choix

La garantie de soins de santé se compose des trois éléments suivants : la protection minimale, le régime de base et le régime enrichi. Chaque régime prévoit des frais admissibles, des taux de remboursement et des maximums différents. Il s'agit pour vous de déterminer celui qui vous convient le mieux, à vous et à votre famille, en fonction de vos dépenses et de vos besoins d'assurance.

De plus, vous avez le choix entre les quatre types de protection suivants, selon les personnes que vous souhaitez assurer :

- Protection individuelle
- Protection de couple
- Protection monoparentale
- Protection familiale

Vous pouvez choisir un régime différent (protection minimale, régime de base ou enrichi) pour les soins de santé et les soins dentaires. Par contre, vous devez choisir le même type de protection pour ces deux régimes.

Vos choix de régime et de type de protection doivent être maintenus pendant deux ans, à moins qu'un changement de situation de vie admissible ne survienne.

Les coûts

La Ville de Montréal assume 100 % du coût de la protection minimale et vous payez la différence entre le coût du régime choisi et le coût assumé par la Ville de Montréal. Votre coût varie en fonction du type de protection choisi. Les crédits flexibles que la Ville de Montréal vous accorde peuvent servir à réduire votre part du coût du régime. Il n'y a aucune franchise annuelle, sauf pour la protection minimale, mais des maximums de remboursement s'appliquent.

Exemption

Vous pouvez être exempté du régime de soins de santé si vous êtes assuré par un autre régime (par exemple, celui de l'employeur de votre personne conjointe).

Soins de santé

Sommaire de vos choix

- Voulez-vous la protection minimale, le régime de base ou enrichi ?
- Quelles personnes voulez-vous assurer ?
- Voulez-vous être exempté du régime de soins de santé ?

Cette possibilité d'exemption vous permet de mieux coordonner la protection de votre régime avec celle du régime de votre personne conjointe. De cette façon, vous évitez de payer deux fois une protection semblable.

Vous pourrez mettre fin à cette exemption si un changement de situation de vie prévu par le régime se produit ou encore à la prochaine période de renouvellement de participation.

Veillez noter que vous êtes responsable de satisfaire aux exigences de la *Loi sur l'assurance-médicaments du Québec*. Cette loi pourrait vous obliger à souscrire au régime de soins de santé.

Système de paiement direct

Les régimes de soins de santé prévoient l'utilisation d'une carte à paiement direct pour les médicaments. Vous la présentez au pharmacien qui soumet la demande de remboursement électroniquement. Vous payez seulement la portion du coût du médicament non couverte par votre régime et le pharmacien se fait payer directement par l'assureur. Cette carte informera automatiquement le pharmacien d'exécuter l'ordonnance avec un équivalent générique ou biosimilaire, chaque fois que possible, et indiquera si le médicament fait partie de la liste RAMQ.

Les demandes de remboursement pour les autres types de frais se font en ligne, sur le site de l'assureur ou à partir d'une application mobile, ou par l'intermédiaire du formulaire papier de l'assureur. Ce formulaire est disponible sur l'intranet de la Ville de Montréal ainsi que sur le site de l'assureur.

En tout temps, vous pouvez consulter le site de l'assureur pour connaître l'historique de vos prestations remboursées et soumettre certaines réclamations en ligne.

Sommaire – Soins de santé

Le tableau ci-dessous présente un sommaire des caractéristiques des régimes de soins de santé ainsi que les taux de remboursement et les maximums applicables. Il s'agit de taux de remboursement et de maximums annuels, par personne assurée, à moins d'indication différente.

	Protection minimale	Régime de base	Régime enrichi
Franchise annuelle	750 \$ par adulte sur les médicaments (enfants comptabilisés dans la franchise de l'employé)	Aucune	
Médicaments sur ordonnance	Ceux inscrits sur la liste de la RAMQ Substitution générique ou biosimilaire obligatoire		
	100 % après application de la franchise	75 % de la première tranche de 3 000 \$, par famille 100 % de l'excédent	90 % de la première tranche de 3 000 \$, par famille 100 % de l'excédent
Carte de paiement	Carte médicaments à paiement direct		
Frais d'hospitalisation (chambre à 2 lits)	100 %		
Soins médicaux en cas d'urgence médicale à l'extérieur de la province (si l'absence est de moins de 180 jours)	100 % Maximum : 5 000 000 \$ par événement		
Assistance voyage	100 %		
Services paramédicaux	Non couvert	75 %	90 %
• Physiothérapeute et psychologue	Non couvert	Maximum : 500 \$ / année / spécialiste	Maximum : 1 000 \$ / année / spécialiste
• Acupuncteur, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, orthothérapeute, ostéopathe et podiatre	Non couvert	Maximum : 500 \$ / année pour l'ensemble de ces spécialistes	Maximum : 1 000 \$ / année pour l'ensemble de ces spécialistes
Soins infirmiers privés	225 \$ / jour Maximum : 25 000 \$ / année	225 \$ / jour Maximum : 25 000 \$ / année	Maximum : 25 000 \$ / année
Soins de la vue	Non couvert	75 \$ / 24 mois Examen de la vue	300 \$ / 24 mois Examen de la vue et / ou lunettes / lentilles cornéennes
Appareils auditifs	Non couvert	700 \$ / 3 ans	
Chaussures orthopédiques	Non couvert	250 \$ / année après franchise de 100 \$	
Autres services médicaux	75 % si couvert*	75 %	90 %

* Pour tout complément d'information, consultez la section « Garantie Soins de santé - programme flexible » de la brochure d'assurance.

Pistes de réflexion

Est-ce que vous et votre famille êtes assurés par un autre programme?

Si c'est le cas, vous devez d'abord évaluer s'il est plus avantageux pour vous de demander l'exemption. Pour prendre cette décision, vous devez comparer les caractéristiques et les coûts du régime de la Ville de Montréal avec ceux du régime de l'employeur de votre personne conjointe.

Dans certains cas, il peut être préférable que votre famille soit couverte par le régime de votre personne conjointe et ainsi de bénéficier de crédits flexibles dans votre compte gestion-santé pour les types de frais qui ne sont pas couverts par les régimes.

Parmi les autres stratégies possibles de coordination avec le régime de votre personne conjointe, il y a la possibilité de vous limiter à la protection minimale ou au régime de base ou de vous assurer vous-même comme employé seulement et de faire assurer votre famille par l'autre régime. Naturellement, vous pouvez aussi conserver la pleine protection des deux régimes.

Quels sont vos besoins?

Si vous ne demandez pas l'exemption, la première chose à faire est certainement d'évaluer vos besoins en matière de soins de santé. Voici quelques bonnes questions à vous poser à votre sujet et au sujet des personnes que vous souhaitez assurer :

- Si vous êtes en mesure de prévoir vos besoins en matière de soins de santé, quelles sont vos dépenses prévues ?
- Devez-vous prendre des médicaments régulièrement ?
- Devez-vous engager des frais médicaux régulièrement en raison d'un trouble chronique (par exemple, diabète ou fibrose kystique) ?
- Est-ce que vous-même ou d'autres membres de votre famille aurez besoin de lunettes ou de lentilles cornéennes au cours des deux prochaines années ?
- Consultez-vous un professionnel de la santé régulièrement (par exemple, un chiropraticien) ?
- Êtes-vous en bonne santé, faites-vous de l'exercice et mangez-vous de façon équilibrée ?
- De quel niveau de sécurité avez-vous besoin pour les situations imprévues ?
- Pouvez-vous bénéficier de la protection du régime de votre personne conjointe ?

Une bonne façon de faire consiste à revoir vos dépenses des deux dernières années.

Quel régime est le plus avantageux ?

L'objectif consiste à déterminer lequel parmi la protection minimale, le régime de base et le régime enrichi est le plus avantageux pour vous. Vous devrez tenir compte notamment des éléments suivants :

- les frais que vous devrez payer vous-même compte tenu de la liste des frais admissibles, des pourcentages de remboursement et des maximums,
- le coût de la protection,
- l'impôt que vous aurez à payer pour l'avantage imposable.

La protection minimale est-elle un bon choix ?

La protection minimale est limitée aux risques importants liés à la sécurité financière de l'assuré. Elle peut très bien convenir à des personnes qui ont des besoins moins importants (par exemple, parce qu'elles sont jeunes, en bonne santé ou célibataires). Elles peuvent alors utiliser les crédits flexibles selon leurs priorités grâce au compte gestion-santé, compte mieux-être ou à d'autres fins comme la retraite.

N'oubliez pas que vos choix ne sont valables que pour deux ans et que vous pourrez les modifier si certains changements de situation surviennent.

La protection minimale ou le régime de base sont une bonne façon de coordonner la protection avec celle du régime de votre personne conjointe, tout en conservant une protection de base.

Soins dentaires

Vos choix

La garantie de soins dentaires se compose des deux éléments suivants : le régime de base et le régime enrichi.

Chaque régime prévoit des frais admissibles, des taux de remboursement et des maximums différents. Il s'agit pour vous de déterminer celui qui vous convient le mieux, à vous et à votre famille, en fonction de vos dépenses et de vos besoins d'assurance.

De plus, vous avez le choix entre les quatre types de protection suivants, selon les personnes que vous souhaitez assurer :

- Protection individuelle
- Protection de couple
- Protection monoparentale
- Protection familiale

Vous pouvez choisir un régime différent (protection minimale, régime de base ou enrichi) pour les soins de santé et les soins dentaires. Par contre, vous devez choisir le même type de protection pour ces deux régimes.

Vos choix de régime et de type de protection doivent être maintenus pendant deux ans, à moins qu'un changement de situation de vie admissible ne survienne.

Les coûts

La Ville de Montréal assume 75 % du coût du régime de base et vous payez la différence entre le coût du régime choisi et le coût assumé par la Ville de Montréal. Votre coût varie en fonction du type de protection choisi.

Les crédits flexibles que la Ville de Montréal vous accorde peuvent servir à réduire votre part du coût du régime.

Il n'y a aucune franchise annuelle, mais des maximums de remboursement s'appliquent.

Exemption

Vous pouvez être exempté du régime de soins dentaires si vous êtes assuré par un autre régime (par exemple, celui de l'employeur de votre personne conjointe) ou si vous ne désirez pas être assuré pour les soins dentaires.

Cette possibilité d'exemption vous permet de mieux coordonner la protection de votre régime avec celle du régime de votre personne conjointe, par exemple. De cette façon, vous évitez de payer deux fois une protection semblable.

Vous pourrez mettre fin à cette exemption si un changement de situation de vie prévu par le régime se produit ou encore à la prochaine période de renouvellement de participation.

Soins dentaires

Sommaire de vos choix

- Voulez-vous le régime de base ou enrichi ?
- Quelles personnes voulez-vous assurer ?
- Voulez-vous être exempté du régime de soins dentaires ?

Système de paiement direct

Les régimes de base et enrichi du régime de soins dentaires prévoient l'utilisation d'un système de paiement direct. Vous payez uniquement la part des frais qui n'est pas couverte par le régime et le dentiste se fait payer directement par l'assureur.

Pour pouvoir utiliser ce système, votre dentiste doit participer au système de paiement direct. Sinon, vous devez faire une demande de remboursement à l'aide du formulaire papier disponible sur le site de l'assureur ainsi que sur l'intranet de la Ville de Montréal.

En tout temps, vous pouvez consulter le site de l'assureur pour connaître l'historique de vos prestations remboursées.

Sommaire – Soins dentaires

Le tableau ci-dessous présente un sommaire des caractéristiques du régime de soins dentaires ainsi que les taux de remboursement et les maximums applicables. Il s'agit de taux de remboursement et de maximums annuels, par personne assurée, à moins d'indication différente.

	Régime de base	Régime enrichi
Franchise annuelle	Aucune	
Soins de base (Diagnostic et prévention, restauration mineure, chirurgie buccale)	75 %	90 %
Prostodontie (Endodontie, parodontie, rebasage, regarnissage de prothèses, couronnes et ponts, mise en bouche de prothèses)	50 %	80 % (Radiographies supplémentaires : 50 %)
Orthodontie (Pour les enfants de moins de 18 ans seulement)	Non couvert	50 %
Remboursement maximum : <ul style="list-style-type: none">• Soins de base et prostodontie combinés• Orthodontie	<ul style="list-style-type: none">• 500 \$ / années.o.	<ul style="list-style-type: none">• 2 000 \$ / année• 2 000 \$ à vie
Examens de rappel	Tous les 9 mois	Tous les 6 mois
Guide des tarifs	Année courante	

Pistes de réflexion

Est-ce que vous et votre famille êtes assurés par un autre programme?

Si c'est le cas, tout comme pour la garantie de soins de santé, vous devez d'abord évaluer s'il est plus avantageux pour vous de demander l'exemption. Pour prendre cette décision, vous devez comparer les caractéristiques et les coûts du régime de la Ville de Montréal avec ceux du régime de l'employeur de votre personne conjointe.

Parmi les stratégies possibles de coordination avec le régime de votre personne conjointe, il y a la possibilité de vous limiter au régime de base ou de vous assurer vous-même comme employé seulement et de faire assurer votre famille par l'autre régime. Naturellement, vous pouvez aussi conserver la pleine protection des deux régimes.

Quels sont vos besoins?

Si vous ne demandez pas l'exemption, vous devez évaluer vos besoins. Voici quelques bonnes questions à vous poser à votre sujet et au sujet des personnes que vous souhaitez assurer :

- Si vous êtes en mesure de prévoir vos besoins en matière de soins dentaires, quelles sont vos dépenses prévues ?
- Avez-vous besoin de services dentaires majeurs (par exemple des couronnes, des ponts) ?
- Vos enfants auront-ils besoin de soins d'orthodontie ?
- Les services couverts par la RAMQ pour les enfants de moins de 10 ans sont-ils suffisants ?
- De quel niveau de sécurité avez-vous besoin pour les situations imprévues ?
- Pouvez-vous bénéficier de la protection du régime de votre personne conjointe ?
- Des membres de votre famille portent-ils des prothèses dentaires ? Si oui, ils utiliseront probablement très peu le régime.
- Quelles sont vos habitudes d'hygiène buccale et quel est l'état de santé dentaire général de votre famille ?

Une bonne façon de faire consiste à revoir vos dépenses des deux dernières années.

Quel régime est le plus avantageux?

L'objectif consiste à déterminer lequel des deux régimes, le régime de base ou le régime enrichi est le plus avantageux pour vous. Vous devrez tenir compte notamment des éléments suivants :

- les frais que vous devrez payer vous-même, compte tenu de la liste des frais admissibles, des pourcentages de remboursement et des maximums,
- le coût de la protection,
- l'impôt que vous aurez à payer pour l'avantage imposable.

Le régime de base est-il un bon choix?

Le régime de base peut paraître limité mais il peut très bien convenir à des personnes qui ont des besoins moins importants (par exemple, parce qu'elles sont jeunes, ont une bonne santé dentaire ou sont célibataires). Elles peuvent alors utiliser les crédits flexibles selon leurs priorités grâce au compte gestion-santé, compte mieux-être ou à d'autres fins comme la retraite.

N'oubliez pas que vos choix ne sont valables que pour deux ans et que vous pourrez modifier ces choix si certains changements de situation surviennent.

Le régime de base est également une bonne façon de coordonner la protection avec celle du régime de votre personne conjointe tout en conservant une protection de base.

Invalidité

Vos choix

Votre Programme flexible d'assurance collective inclut une garantie d'invalidité de courte durée (ICD) et une garantie d'invalidité de longue durée (ILD)*. La participation à ces régimes est obligatoire et c'est la Ville de Montréal qui paie la totalité du coût qui s'y rapporte. Ces régimes ne sont offerts qu'à vous seulement.

* La garantie d'invalidité de longue durée est facultative pour les cadres contractuels.

	Invalidité de courte durée régime de base	Invalidité de longue durée régime de base	Invalidité de longue durée régime facultatif
Période d'attente avant le début des prestations	5 jours ouvrables	5 jours ouvrables, plus 26 semaines d'invalidité de courte durée	5 jours ouvrables, plus 26 semaines d'invalidité de courte durée
Prestations versées	75 % du salaire hebdomadaire	70 % du salaire hebdomadaire	50 % du salaire hebdomadaire
Durée des prestations	26 semaines	De la fin des prestations d'invalidité de courte durée jusqu'à 65 ans ou l'admissibilité à recevoir une rente ou retraite	Le moindre de : la durée du contrat ou 5 ans
Traitement fiscal	Prestations imposables	Prestations imposables	Prestations non imposables
Indexation	s.o.	IMI* – 3 %, maximum 7 % * L'IMI est l'indice monétaire d'inflation	Aucune

Régimes d'invalidité

Les garanties d'invalidité représentent une protection essentielle à votre sécurité financière. Elles sont universelles.

Si vous êtes absent du travail en raison d'une maladie ou d'une blessure et que votre invalidité se poursuit au-delà de cinq jours ouvrables, la garantie d'invalidité de courte durée des prestations d'invalidité de courte durée pour un période maximale de 26 semaines. Si, après ce délai, vous souffrez toujours d'une invalidité totale et êtes toujours incapable de reprendre votre travail, vous pourriez être admissible à des prestations d'invalidité de longue durée.

Invalidité totale

Vous êtes considéré comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche de vous acquitter des tâches de votre propre emploi pendant les 24 premiers mois de votre invalidité. Par la suite, vous êtes toujours considéré comme totalement invalide si votre invalidité vous empêche de remplir les fonctions essentielles de tout emploi substantiellement rémunérateur que la Ville de Montréal peut vous offrir pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience.

Assurance vie

Vos choix

La garantie d'assurance vie se compose des trois éléments suivants : le régime de base, le régime enrichi et le régime facultatif.

Le régime de base et le régime enrichi s'appliquent à vous seulement et le régime facultatif peut être souscrit pour vous-même et les personnes à votre charge admissibles, soit votre personne conjointe et vos enfants.

Ces régimes vous permettent d'offrir un soutien financier à vos bénéficiaires en cas de décès.

De même, si l'une des personnes à votre charge décédait, vous seriez le bénéficiaire du capital assuré que vous auriez souscrit pour elle, le cas échéant.

Règles de participation

Voici les règles importantes à retenir :

- Votre choix entre le régime de base et le régime enrichi doit être maintenu pendant deux ans, à moins qu'un changement de situation de vie admissible ne survienne.
- Vous pouvez souscrire à l'assurance vie facultative ou en modifier le montant en tout temps.

Assurance vie

Sommaire de vos choix

- Voulez-vous le régime de base ou enrichi ?
- Voulez-vous en plus acheter de l'assurance vie facultative pour vous, votre personne conjointe et / ou les enfants à votre charge ?

Les coûts

La Ville de Montréal assume 100 % du coût du régime de base. Vous payez la différence entre le coût du régime choisi et la portion assumée par la Ville de Montréal ainsi que la totalité du coût du régime facultatif. Les crédits flexibles que la Ville de Montréal vous accorde peuvent servir à réduire votre part du coût du régime.

Preuves d'assurabilité

Il n'est pas nécessaire de présenter des preuves d'assurabilité si vous choisissez le régime de base ou le régime enrichi. Il faut toutefois en fournir une, pour vous-même ou pour votre personne conjointe, si vous souscrivez au régime facultatif.

Lors d'un transfert de catégorie d'emploi, les employés assurés par un régime antérieur pourront obtenir sans preuve d'assurabilité une couverture d'assurance vie facultative pour un montant égal à la portion de leur protection actuelle qui excède deux fois leur salaire. Cette disposition est valable pour la période d'adhésion initiale au nouveau programme flexible seulement.

Sommaire – Assurance vie

Le tableau ci-dessous présente un sommaire des régimes d'assurance vie.

	Régime de base	Régime enrichi	Régime facultatif
Montant d'assurance	1 x votre salaire annuel	2 x votre salaire annuel	<ul style="list-style-type: none">• Vous : tranches de 10 000 \$, maximum 500 000 \$• Vos personnes à charge : chaque tranche offre la protection suivante : conjoint : 10 000 \$ enfant : 5 000 \$ maximum 10 tranches
Fin de la protection	Lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans		Lorsque vous atteignez l'âge de 75 ans
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	Aucune		<ul style="list-style-type: none">• Employé : réduction à 50 000 \$• Conjoint : réduction à 50 000 \$• Enfants : réduction à 25 000 \$
Preuves d'assurabilité	Aucune		Exigées en tout temps

Pistes de réflexion

Si vous êtes célibataire ou si vos enfants ne sont plus à votre charge, vous n'avez pas les mêmes besoins qu'une personne qui est soutien de famille et a de jeunes enfants. Voici quelques questions à vous poser pour savoir si vous devriez souscrire le régime facultatif pour vous-même ou les vôtres :

- À combien s'élèveraient les frais immédiats qu'il faudrait engager à la suite d'un décès (par exemple, les frais funéraires) ?
- Dans l'éventualité de votre décès, votre famille aurait-elle les moyens de payer les dépenses courantes et de rembourser vos dettes, le cas échéant ?
- À part le régime de base de la Ville de Montréal, sur quels revenus pourrait compter votre famille (par exemple, REÉR, placements ou autres) ?
- Votre prêt hypothécaire est-il complètement remboursé ?
- Détenez-vous une assurance vie personnelle ?
- Avez-vous une assurance vie sur votre hypothèque ?
- Vos enfants sont-ils aux études ?
- Si votre personne conjointe travaille, dans quelle proportion contribue-t-elle au revenu familial ?
- Votre personne conjointe bénéficie-t-elle d'une assurance vie auprès de son employeur ?
- Qui s'occuperait des enfants à la suite de votre décès ou de celui de votre personne conjointe ?

Assurance décès et mutilation par accident

Vos choix

L'assurance décès et mutilation par accident se compose des trois éléments suivants :

- Régime de base
- Régime enrichi
- Régime facultatif

Vous seul pouvez bénéficier de la protection du régime d'assurance décès et mutilation par accident. Ce régime ne prévoit aucune protection pour les personnes à votre charge.

Dans l'éventualité de votre décès par suite d'un accident, il vous permet d'offrir un soutien financier à vos bénéficiaires par le versement d'une prestation qui s'ajoute à votre capital d'assurance vie.

Ce régime prévoit également le versement de prestations en cas de pertes accidentelles telles que paralysie, perte de la vue ou de l'ouïe et perte d'un membre ou de son usage.

Les coûts

La Ville de Montréal assume 100 % du coût du régime de base. Vous payez la différence entre le coût du régime choisi et la portion assumée par la Ville de Montréal ainsi que la totalité du coût du régime facultatif. Les crédits flexibles que la Ville de Montréal vous accorde peuvent servir à réduire votre part du coût du régime.

Preuves d'assurabilité

Il n'y a aucune preuve d'assurabilité à présenter pour ce régime.

	Régime de base	Régime enrichi	Régime facultatif
Montant d'assurance	1 x votre salaire annuel	2 x votre salaire annuel	tranches de 10 000 \$ maximum 500 000 \$
Fin de la protection	Lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans		Lorsque vous atteignez l'âge de 75 ans
Réduction du montant d'assurance à 65 ans	Aucune		Réduction à 50 000 \$
Preuves d'assurabilité	Aucune		Aucune

Voici le montant qui vous serait versé dans le cas de diverses pertes résultant d'un accident :

Régime de base	Régime enrichi
Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	2 x le montant d'assurance
Paralysie totale des membres inférieurs (paraplégie)	
Paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiplégie)	
Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs	
La parole et l'ouïe des deux oreilles	Le montant d'assurance
La vue complète des deux yeux	
Les deux mains ou les deux pieds	
Une main et un pied	
Un bras ou une jambe	Les quatre cinquièmes du montant d'assurance
La parole	Les trois quarts du montant d'assurance
L'ouïe des deux oreilles	
La vue complète d'un œil	
Une main ou un pied	
L'ouïe d'une oreille	Le deux cinquièmes du montant d'assurance
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	
Tous les orteils d'un pied	Le tiers du montant d'assurance

Pistes de réflexion

Répondre aux questions suivantes peut vous aider à faire votre choix :

- Quels seraient les frais à engager à la suite d'un accident?
- Votre assurance vie suffirait-elle à dédommager les vôtres si vous décédiez accidentellement?
- Dans quelle mesure la perte d'usage d'une partie de votre corps vous empêcherait-elle de poursuivre votre emploi normalement?

Souscrire de l'assurance accident est un choix très personnel. Cela dépend directement du degré de sécurité supplémentaire dont vous avez besoin.

N'oubliez pas que l'assurance décès et mutilation par accident ne remplace pas l'assurance vie, laquelle est payable en cas de décès naturel ou accidentel.

Assurance maladies graves

Vos choix

L'assurance maladies graves est un régime facultatif qui s'ajoute au régime de soins de santé que vous offre la Ville de Montréal.

Vous et votre personne conjointe y êtes admissibles et vous payez la totalité du coût de cette protection.

Vous ou votre personne conjointe devrez soumettre des preuves d'assurabilité.

L'assurance maladies graves couvre les coûts engendrés par diverses maladies, comme le cancer, la paralysie, la sclérose en plaques ou la maladie d'Alzheimer.

Si vous ou votre personne conjointe étiez atteint de l'une de ces maladies, votre qualité de vie serait sérieusement mise en péril. Grâce à l'assurance maladies graves, vous et votre personne conjointe auriez droit à un montant forfaitaire que vous pourriez utiliser à votre guise, par exemple :

- pour adapter votre véhicule à votre nouvelle situation,
- pour construire une rampe d'accès à votre domicile,
- pour couvrir le coût de certains traitements,
- pour acquitter les frais liés à des services de santé privés.

Vous avez le choix entre une protection de base ou étendue et vous pouvez souscrire le montant d'assurance par tranche de 10 000 \$. Le minimum de protection est de 20 000 \$ et le maximum se situe à 1 000 000 \$.

Les coûts sont fondés sur l'âge, le sexe et le statut de fumeur de la personne assurée.

Pour tout complément d'information sur cette assurance, consultez la section « Assurance maladies graves facultative » de la brochure d'assurance.

Régimes facultatifs

Sommaire de vos choix

- Voulez-vous être assuré pour les maladies graves?



Des choix pour chaque situation

Quelques exemples

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

ATTENTION! Ces exemples ne constituent pas des suggestions. Ils ne servent qu'à illustrer la flexibilité du programme. Il existe plusieurs choix possibles pour chaque situation.

Exemple 1

Jean est un célibataire de 25 ans.

Situation

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.

Choix

- 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 payé en grande partie par la Ville de Montréal et conviennent très bien à ses besoins pour les deux prochaines années.
- Crédits flexibles et congés mobiles : Jean a été tenté de transférer ses crédits flexibles dans son RÉER. En fin de compte, il choisit de les transférer à son compte mieux-être afin de les utiliser dans le paiement de ses différentes activités telles que son abonnement au gym. Il choisit également 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 et assurance mutilation par accident : comme personne ne dépend de lui financièrement, il se contente des régimes de base d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation par accident.

Exemple 2

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

Situation

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.

Choix

- **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 :** elle choisit d'utiliser ses crédits flexibles pour payer 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 assurance décès et mutilation par accident :** ses deux enfants sont jeunes et dépendront encore 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 et mutilation par accident. Elle achète en plus 20 tranches d'assurance vie facultative.

Exemple 3

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

Situation

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 leur arrivent de consulter des professionnels de la santé comme un chiropraticien. 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.

Choix

- **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** : elle choisit d'utiliser ses crédits flexibles pour 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 leurs congés mobiles au compte gestion-santé.
- **Assurance vie et assurance décès et mutilation par accident** : Louise se contente des régimes de base d'une fois son salaire.

Exemple 4

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

Situation

Richard est père de deux jeunes enfants et sa conjointe est à la maison. Elle travaille parfois à la pigo mais ne bénéficie d'aucun programme d'assurance collective. Toute la famille dépend donc du programme d'assurance de la Ville de Montréal.

Choix

- **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 servent à payer en partie sa part du coût des régimes. Pour maximiser encore plus sa protection, il choisit d'allouer la totalité de sa ses congés mobiles au compte gestion-santé, soit l'équivalent de 37,5 heures de travail.
- **Assurance vie et assurance décès et mutilation par accident** : 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 et mutilation par accident. Il achète en plus 25 tranches d'assurance vie facultative et d'assurance décès et mutilation par accident facultative.

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.

Exemple 5

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

Situation

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.

Choix

- **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 :** Il transfère une partie de ses crédits flexibles à son compte gestion-santé. Ce montant complétera la couverture des régimes de sa conjointe. Il pourra également utiliser 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. Il transfère le reste de ses crédits flexibles à son compte mieux-être afin de l'utiliser dans le paiement de l'équipement de hockey de son fils.
- **Assurance vie et assurance décès et mutilation par accident :** 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 et mutilation par accident. Il décidera au prochain renouvellement s'il est nécessaire d'augmenter le montant selon l'évolution de sa situation.

Ce guide d'adhésion a été préparé par la Division des avantages sociaux, Direction de la rémunération globale et des systèmes d'information RH, au Service des ressources humaines de la Ville de Montréal, en collaboration avec :

- Service de l'expérience citoyenne et des communications
- Mercer, Consultation en ressources humaines.

Design graphique et impression :

Centre de communications visuelles,
Ville de Montréal, 1481 (04-2024)
Service de l'expérience citoyenne et
des communications

Montréal 

Montréal.ca