

PROPOSITION D'ASSURANCE

Association des jeunes médecins du Québec
Police 53072 - Période du 1^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
3107, avenue des Hôtels, Québec (Québec) G1W 4W5
Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom	Homme	Femme	Date de naissance (jour / mois / année)
Prénom	Anglais	Français	Lieu de naissance (province et pays)
Adresse courriel			Fumeur Non-fumeur Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni auxiliaires anti-tabagiques au cours des 12 derniers mois.
Adresse	Résidence	Bureau	Ville
Province			Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (bureau)		Téléphone (mobile)
Est-ce que votre conjoint(e) détient une couverture d'assurance qui permettrait la coordination des prestations ? Oui Non			
Est-ce qu'une assurance collective est offerte par votre employeur ? Oui Non			

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOTRE CONJOINT(E)	
Remplir cette section seulement si une couverture couple ou familiale est demandée	
Nom (Nom, Prénom)	Homme Femme Date de naissance (jour / mois / année)
Conjoint de fait : Oui Non Profession : _____	Fumeur Non-fumeur Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni auxiliaires anti-tabagiques au cours des 12 derniers mois.
Date de cohabitation : _____ (jour / mois / année)	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOS ENFANTS À CHARGE			
Remplir cette section seulement si une couverture monoparentale ou familiale est demandée			
Nom de la personne (Nom, Prénom)	Date de naissance (jour / mois / année)	Sexe	Étudiant
		Féminin Masculin	Oui Non
		Féminin Masculin	Oui Non
		Féminin Masculin	Oui Non
		Féminin Masculin	Oui Non

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je, soussigné(e), déclare que les réponses et déclarations faites dans la présente proposition sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Je reconnais que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective pour les médicaments. Je comprends que toute omission volontaire ou fausse déclaration peut annuler mon assurance. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou remise en vigueur. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

J'autorise tout assureur, réassureur, fournisseur de soins de santé, professionnel de la santé, pharmacien, hôpital, clinique de santé, administrateur de mon régime d'assurance collective, administrateur de programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, organisme, ou tout fournisseur de services dans le cadre de mon régime d'assurance collective à recueillir et à échanger avec l'assureur mes renseignements personnels, ainsi que ceux de mes personnes à charge pour déterminer l'admissibilité aux garanties ainsi que pour les fins d'administration du régime et de l'étude de toute réclamation. Ces informations peuvent être de nature médicale ou autre.

En cas de décès, j'autorise tout bénéficiaire, héritier ou liquidateur de ma succession à fournir à l'assureur ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. J'autorise toute force policière, tout coroner, tout toxicologue à échanger avec l'assureur mes renseignements personnels, incluant tout rapport d'accident et rapport d'enquête policière, dans le cadre de l'étude d'une réclamation portant sur mon décès, invalidité ou une mutilation. J'autorise aussi la communication de mes renseignements personnels (autre que ceux de nature médicale) à tout enquêteur privé dans le cadre d'une étude de réclamation et autorise cet enquêteur privé à fournir toute information obtenue à mon sujet à l'assureur.

Signature de l'adhérent

(Signature manuscrite obligatoire)

Date de la signature (jour / mois / année)

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, MédicAssurance inc. constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier. Votre dossier sera détenu dans nos bureaux. Vous aurez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'une des adresses suivantes :

- 2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8

- 3107, avenue des Hôtels, Québec (Québec) G1W 4W5

IMPORTANT : Votre assurance entrera en vigueur le 1^{er} du mois suivant la réception de votre proposition d'assurance dûment remplie, à moins que vous nous le spécifiez ci-dessous. Une assurance ne peut être mise en vigueur à un autre moment que le 1^{er} du mois et sera annulée le dernier jour du mois suivant la réception d'un préavis écrit de 30 jours.

Je désire que mon assurance entre en vigueur le 1^{er} du mois de _____.

FORMULAIRE MÉDICAL

Association des jeunes médecins du Québec
Police 53072



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
3107, avenue des Hôtels, Québec (Québec) G1W 4W5
Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

Remplir ce document seulement si une option bonifiée est choisie (A, B et C)

NOM DE L'ADHÉRENT	
Nom	Prénom

1 Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez déjà reçu un diagnostic ou traitement et/ou prescrit des médicaments pour l'une des conditions suivantes ?	OUI	NON
a) Trouble cérébrovasculaire ou neurologique		
b) Trouble du cœur, circulatoire, vasculaire, incluant un anévrisme		
c) Trouble affectif, psychologique ou nerveux		
d) Trouble immunologique, incluant une infection de VIH ou le Sida		
e) Trouble respiratoire ou pulmonaire (excluant le cancer)		
f) Trouble de l'estomac, aux intestins, aux reins, à la vessie, au pancréas ou au foie, y compris l'hépatite B et C		
g) Arthrite rhumatoïde, arthrite ankylosante ou toute autre arthrite		
h) Cancer		
i) Diabète		
j) Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour des troubles physique ou mental non-mentionné?		

Pour toute question répondu dans l'affirmative, précisez le numéro de la question, le nom de la personne et veuillez fournir des précisions quant à l'affection, les symptômes, la durée, les traitements, la date du début de l'affection et la date de rétablissement.

2 Est-ce que vous ou vos personnes à charge prenez en ce moment ou avez-vous en votre possession une prescription pour un ou plusieurs médicaments autres que ceux mentionnés ci-dessus, le cas échéant? Dans l'affirmative, précisez le nom de la personne et le ou les médicaments consommés.	OUI	NON
---	-----	-----

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que les réponses et déclarations faites dans la présente proposition sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Je reconnais que l'assurance demandée est régie par les modalités de la police d'assurance collective pour les médicaments. Je comprends que toute omission volontaire ou fausse déclaration peut annuler mon assurance. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou remise en vigueur. De plus, j'autorise tout médecin, hôpital, compagnie d'assurance, autre professionnel de la santé, MédicAssurance et Assomption Vie à échanger de l'information concernant cette demande aux fins du traitement de la demande et de l'administration de mon régime d'assurance maladie. J'assume la responsabilité pour tous frais engagés pour remplir ce formulaire. Une copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'adhérent (Signature manuscrite obligatoire)	Date de la signature (jour / mois / année)
---	--

Carte directe

Prime mensuelle excluant la taxe de 9 %

OPTION A				
Médicaments génériques obligatoires avec franchise 857 \$ / 857 \$ – remboursement : 100 %, assurance voyage et annulation voyage				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
Moins de 25 ans	11,07 \$	27,85 \$	43,36 \$	53,03 \$
25 à 29 ans	11,07 \$	27,85 \$	43,36 \$	53,03 \$
30 à 34 ans	12,19 \$	29,99 \$	43,36 \$	60,71 \$
35 à 39 ans	41,47 \$	137,49 \$	103,87 \$	146,78 \$
40 à 44 ans	83,90 \$	178,45 \$	151,19 \$	246,82 \$
45 à 49 ans	95,80 \$	196,85 \$	165,34 \$	251,55 \$
50 à 54 ans	151,59 \$	289,71 \$	189,39 \$	323,35 \$
55 à 59 ans	156,89 \$	305,61 \$	199,99 \$	332,89 \$
60 à 64 ans	151,59 \$	310,91 \$	210,59 \$	344,55 \$

OPTION B				
Médicaments génériques obligatoires – remboursement : 100 %, frais médicaux – remboursement : 75 %, franchise 857 \$ / 857 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux, assurance voyage et annulation voyage				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
Moins de 25 ans	75,39 \$	141,73 \$	149,58 \$	235,67 \$
25 à 29 ans	75,39 \$	141,73 \$	149,58 \$	235,67 \$
30 à 34 ans	120,74 \$	241,54 \$	185,38 \$	289,71 \$
35 à 39 ans	129,29 \$	255,38 \$	209,80 \$	318,98 \$
40 à 44 ans	161,67 \$	336,13 \$	286,58 \$	457,68 \$
45 à 49 ans	169,37 \$	338,78 \$	254,18 \$	479,46 \$
50 à 54 ans	270,23 \$	540,55 \$	405,72 \$	675,47 \$
55 à 59 ans	280,72 \$	551,15 \$	416,32 \$	686,07 \$
60 à 64 ans	270,23 \$	540,55 \$	405,72 \$	675,47 \$

OPTION C				
Médicaments génériques obligatoires – remboursement : 75 %, frais médicaux – remboursement : 75 %, franchise 200 \$ / 400 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux, assurance voyage et annulation voyage				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
Moins de 25 ans	83,42 \$	162,84 \$	190,39 \$	211,07 \$
25 à 29 ans	83,42 \$	162,84 \$	190,39 \$	211,07 \$
30 à 34 ans	93,80 \$	208,11 \$	203,26 \$	272,19 \$
35 à 39 ans	91,66 \$	192,23 \$	142,49 \$	274,73 \$
40 à 44 ans	203,40 \$	404,70 \$	394,50 \$	523,95 \$
45 à 49 ans	257,42 \$	514,96 \$	450,67 \$	707,77 \$
50 à 54 ans	366,11 \$	732,34 \$	549,45 \$	915,22 \$
55 à 59 ans	366,11 \$	732,34 \$	549,45 \$	915,22 \$
60 à 64 ans	366,11 \$	732,34 \$	549,45 \$	915,22 \$

OPTION SANS PREUVE MÉDICALE				
Médicaments génériques obligatoires - Franchise équivalente à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ* *Ajustée le 1 ^{er} juillet de chaque année – remboursement 100 %				
ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
Moins de 25 ans	121,22 \$	180,85 \$	242,46 \$	289,16 \$
25 à 29 ans	121,22 \$	180,85 \$	242,46 \$	289,16 \$
30 à 34 ans	129,28 \$	195,97 \$	258,57 \$	304,91 \$
35 à 39 ans	217,49 \$	397,29 \$	435,01 \$	474,77 \$
40 à 44 ans	242,50 \$	481,06 \$	485,06 \$	625,10 \$
45 à 49 ans	261,75 \$	523,87 \$	485,06 \$	676,35 \$
50 à 54 ans	329,91 \$	644,42 \$	516,75 \$	714,14 \$
55 à 59 ans	329,91 \$	644,42 \$	516,75 \$	714,14 \$
60 à 64 ans	329,91 \$	644,42 \$	516,75 \$	714,14 \$

SOINS DENTAIRES (Disponibles avec les options B et C)				
Aucune franchise – remboursement : 80 %				
	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
	46,82 \$	93,67 \$	93,67 \$	126,79 \$

RAPPEL DE CERTAINES DE NOS DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité des enfants à charge de 21 ans et plus

Tout enfant célibataire âgé de 21 ans ou plus, mais âgé de moins de 26 ans est admissible s'il est étudiant à temps plein (minimum de trois cours par session) dans une institution d'enseignement reconnue. Afin de prolonger l'assurance d'un enfant, une confirmation écrite des parents doit nous être acheminée au début de chaque session afin de nous confirmer le nom de l'enfant, la session en cours, le nombre de cours suivis et l'institution d'enseignement fréquentée.

Annulation

Toute demande d'annulation doit être soumise par écrit, soit par courriel, télécopieur ou par la poste et sera effective le 1^{er} jour du mois suivant sa réception.

Changement d'option

Il est possible de changer d'option dans les 60 jours suivants la date de renouvellement du programme.

Défaut de paiement de prime

Tout paiement refusé par un établissement bancaire (prélèvement bancaire, chèque ou carte de crédit), quel que soit la raison, engendra des frais administratifs de 45 \$. Dans le cas d'une carte de crédit, il est important que nous soyons avisés lorsqu'elle est perdue, volée, clonée, remplacée ou qu'elle est expirée afin que nous reportions la perception le mois suivant et vous éviter ces frais administratifs.

Chez MédicAssurance, nous croyons qu'une erreur peut se produire et c'est pourquoi nous ne facturons aucuns frais additionnels la première fois que cette situation se produit.

Paiement des primes

Toute perception peut être acquittée que le 1^{er} jour du mois.

Suspension de l'assurance

Toute assurance sera suspendue à l'expiration d'un délai de grâce de 30 jours lorsqu'un paiement de prime ne sera pas honoré.

AUTORISATION DE PAIEMENT

Association des jeunes médecins du Québec

Police 53072 - Période du 1^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8

3107, avenue des Hôtels, Québec (Québec) G1W 4W5

Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181

Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943

info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Je désire me prévaloir du mode de paiement suivant :

Prélèvements bancaires préautorisés : frais administratifs de 2 \$ par transaction, à l'exception du paiement annuel.

Veuillez remplir la section « Autorisation de prélèvements bancaires ».

Annuel

Semestriel

Trimestriel

Bimestriel

Mensuel

Carte de crédit : frais administratifs de 2 % de la prime.

Veuillez remplir la section « Autorisation de paiement par carte de crédit ».

Annuel

Semestriel

Trimestriel

Bimestriel

Mensuel

Chèque annuel : veuillez calculer vos primes au prorata (montant de la prime mensuelle X nombre de mois couvert) en fonction de la date du renouvellement annuel de la police. La période couverte est indiquée ci-dessus. Le chèque doit être émis à l'ordre de MédicAssurance inc.

Virement Interac annuel : acheminez votre paiement à info@medicassurance.ca

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES - DPA

J'autorise, par la présente, MédicAssurance inc. à prélever de mon compte, dont les coordonnées figurent sur le spécimen de chèque ci-joint, la somme de _____ \$ le 1^{er} jour de chaque mois et à rectifier le montant à débiter de mon compte advenant un changement de primes qui me sera signifié par un préavis 30 jours avant la date de la mise en vigueur de la modification.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE : _____

(Signature manuscrite obligatoire)

1^{er} signataire

2^e signataire (s'il y a lieu)

DATE (jour / mois / année) : _____

TYPE DE SERVICE :

Personnel

Entreprise

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, en faisant parvenir un préavis de 30 jours à MédicAssurance inc.. Pour obtenir un formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA (débits préautorisés), je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

J'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Pour plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE AVEC LA MENTION « ANNULÉ »

Photocopie acceptée

AUTORISATION DE PAIEMENTS PAR CARTE DE CRÉDIT

J'autorise, par la présente, MédicAssurance inc. (administrateur du régime), à prélever de ma carte de crédit le montant exigible en vertu du certificat d'assurance et à rectifier le montant à prélever de ma carte de crédit advenant un changement de primes qui me sera signifié par écrit 30 jours avant la date de la mise en vigueur de la modification. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment en faisant parvenir un préavis de 30 jours à MédicAssurance inc.

Visa

MasterCard

American Express

NUMÉRO DE LA CARTE : _____

DATE D'EXPIRATION (mois / année) : _____

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE (tel qu'indiqué sur la carte) : _____

SIGNATURE : _____ DATE (jour / mois / année) : _____

(Signature manuscrite obligatoire)

CONSÉQUENCES D'UN DÉFAUT DE PAIEMENT

Vous êtes responsable des conséquences d'un défaut de paiement prévu au contrat d'assurance, c'est-à-dire lorsqu'un paiement n'a pas pu être effectué, quelle que soit la raison. Chez MédicAssurance inc., nous croyons qu'une erreur peut se produire et c'est pourquoi nous ne facturons aucuns frais additionnels la première fois que cette situation se produit. Cependant, à la deuxième occasion, des frais de 45 \$ seront prélevés, chaque fois qu'un paiement préautorisé ne sera pas honoré par votre institution financière. MédicAssurance inc. effectuera alors le prélèvement impayé en même temps que le paiement préautorisé du mois suivant. Également, MédicAssurance inc. pourrait mettre fin au mode de paiement préautorisé et la prime annuelle serait alors exigée dans sa totalité pour tout contrat d'assurance visé par ce paiement préautorisé. Un arrêt de paiement préautorisé de votre part sans disposition ni entente au préalable avec MédicAssurance inc. pour le paiement de votre prime mensuelle pourrait entraîner l'annulation de tout contrat d'assurance visé par le paiement préautorisé.

**DOCUMENT À REMPLIR ET À RETOURNER, ACCOMPAGNÉ
DU FORMULAIRE DE PROPOSITION D'ASSURANCE**



AJMQ
ASSOCIATION DES JEUNES
MÉDECINS DU QUÉBEC

Prix
compétitifs



Couverture
à valeur ajoutée

Service
personnalisé



RÉSUMÉ DU PROGRAMME

Octobre 2022 - Police n° 53072

Programme administré par

ii | **médicassurance**

CONTRIBUEZ À MAINTENIR VOTRE STABILITÉ FINANCIÈRE

grâce au programme d'assurance de l'Association des jeunes médecins du Québec

Pourquoi avez-vous besoin d'assurance ?

L'Association des jeunes médecins du Québec reconnaît l'importance d'assurer la sécurité financière des êtres qui vous sont chers pour votre tranquillité d'esprit. Un programme d'assurance complet constitue une base solide en matière de protection sur laquelle vous appuyer pour préserver votre style de vie et celui de votre famille à la suite d'un accident ou pendant un congé de maladie. C'est pourquoi l'AJMQ s'est alliée avec MédicAssurance inc. pour vous offrir un programme d'assurance de qualité qui combine la souplesse d'une couverture individuelle et les avantages financiers que procure une assurance collective. À titre de membre de l'AJMQ, vous pouvez profiter des couvertures suivantes, offertes à un prix abordable.

Assurance frais médicaux, assurance médicaments et assurance soins dentaires

Des solutions complètes et économiques pour répondre à tous vos besoins en matière de soins de santé

L'assurance frais médicaux, l'assurance médicaments et l'assurance frais dentaires prévues par le programme couvrent un éventail de frais nécessaires sur le plan médical, qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie de votre province. Elles peuvent vous aider à régler les frais que vous devez engager pour vous procurer des médicaments sur ordonnance, pour bénéficier d'une assistance médicale en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province, ou pour recevoir des soins dentaires.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Programme exclusif

Le programme d'assurance de l'AJMQ est offert exclusivement aux membres. Vous êtes admissible si :

- vous êtes membre en règle de l'AJMQ ;
- vous travaillez 20 heures et plus par semaine en tant que médecin ;
- vous n'avez pas accès à de l'assurance collective offerte par votre employeur;
- vous avez moins de 55 ans, et ;
- vous résidez au Canada.

La couverture entre en vigueur le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion dûment remplie.

Couverture pour les personnes à charge

Si vous choisissez une couverture couple, monoparentale ou familiale, votre conjoint et vos enfants seront automatiquement couverts par l'assurance médicaments. Si vous choisissez la couverture frais médicaux et soins dentaires (options B ou C), les personnes à charge seront aussi automatiquement couvertes par ces garanties.

Par conjoint on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe avec laquelle vous cohabitez depuis au moins douze mois et qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union.

Par enfant à charge on entend votre enfant ou l'enfant de votre conjoint, à l'exclusion d'un enfant pris en foyer nourricier, qui n'est ni marié ni lié par un autre type d'union formelle reconnue par la loi et qui est âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 26 ans, s'il s'agit d'un étudiant à temps plein dont vous assurez entièrement le soutien). Aucune limite d'âge ne s'applique si l'enfant ne peut subvenir à ses besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale. Toutefois, cette incapacité doit être survenue avant l'âge de 18 ans et alors que l'enfant répondait à la définition d'enfant à charge.

Cessation de couverture

La couverture prendra fin à la moins tardive des dates ci-dessous :

- à la date de terminaison de la police
- à la date où vous cessez d'être membre en règle
- à la date où il y a défaut de paiement des primes
- à la date du dernier jour du mois suivant la réception d'un avis écrit de 30 jours de votre part
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans

Gestion et administration du programme

MédicAssurance inc. assure la gestion du programme d'assurance de l'Association des jeunes médecins du Québec et se tient à votre disposition pour répondre à vos questions concernant l'assurance et pour vous fournir les formulaires nécessaires. L'assureur de ce programme est l'Assomption Vie.

Le présent document vous donne un aperçu des principales caractéristiques du programme d'assurance mais il n'en présente pas toutes les particularités. Le contrat collectif établi par l'Assomption Vie à l'intention de l'Association des jeunes médecins du Québec expose dans son intégralité les dispositions, conditions, exclusions et restrictions qui régissent ce programme d'assurance.

GARANTIES ET CARACTÉRISTIQUES

Assurance médicaments

Les médicaments couverts sont ceux figurant sur la liste de la RAMQ. Les médicaments sont remboursés au prix le plus bas et les génériques sont obligatoires. Toute demande de règlement pour un médicament ou patient d'exception doit être acheminée à MédicAssurance pour autorisation au préalable par l'assureur.

Le coût des médicaments, incluant la marge bénéficiaire du grossiste et le coût des honoraires professionnels du pharmacien sont remboursés au prix le plus bas, soit les mêmes taux et les mêmes montants que ceux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec au même titre que le régime général public. Tout montant non remboursé est à la charge de l'assuré, en sus de la franchise annuelle.

L'option sans preuve médicale est offerte à tout membre désirant se procurer une assurance médicaments. Un questionnaire médical doit être rempli pour l'adhérent principal et ses personnes à charge, le cas échéant, si une option bonifiée (A,B et C est demandée.

Franchise et pourcentage de remboursement

Option sans preuve médicale	
Franchise	Équivalente à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ* *Ajustée le 1er juillet de chaque année
Pourcentage de remboursement	100 % du prix le plus bas
Mode de paiement	Païement direct

Option A	
Franchise	857 \$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale
Pourcentage de remboursement	100 % du prix le plus bas
Mode de paiement	Païement direct

Assurance voyage (incluse dans les options A, B et C)

Assurance médico-hospitalière, assurance annulation et interruption de voyage

Si vous ou un membre de votre famille devez recevoir des soins médicaux d'urgence lorsque vous êtes à l'extérieur de la province de votre domicile, vous pouvez bénéficier de services d'assurance médicale et d'autres services de soutien à la famille conformément à l'assurance médicohospitalière. Cette couverture rembourse les frais d'hospitalisation pour une chambre à deux lits et certains frais qui surviennent dans les cas d'urgence lorsque la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas 180 jours consécutifs.

L'assurance médico-hospitalière ne couvre pas les pertes ou les frais liés en tout ou en partie, directement ou indirectement à toute maladie, blessure ou affection médicale (autre qu'une affection mineure) qui n'était pas stable au cours des 90 jours précédant la date de départ.

La prestation annuelle maximale payable pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province est de 2 000 000 \$ à vie, par assuré. Dans le cas d'une annulation et d'une interruption de voyage, la prestation est de 5 000 \$

Assurance frais médicaux

Assurance médicaments incluse (Assurance voyage incluse)

Franchise et pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés conformément aux pourcentages suivants :

Option B	
Franchise	857 \$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale Applicable aux médicaments et aux frais médicaux à l'exclusion des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province
Pourcentage de remboursement	100 % du prix le plus bas lors de médicaments 100 % des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province 75 % pour tous les autres frais
Services paramédicaux	Maximum remboursable combiné de 500 \$ par année civile
Mode de paiement	Paieement direct

Option C	
Franchise	200 \$ par année civile – individuelle 400 \$ par année civile – couple, monoparentale ou familiale Applicable aux médicaments et aux frais médicaux à l'exclusion des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province
Pourcentage de remboursement	75 % du prix le plus bas lors de médicaments génériques 75 % du prix le plus bas lors de médicaments d'origine 100 % des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province 75 % pour tous les autres frais
Services paramédicaux	Maximum remboursable combiné de 500 \$ par année civile
Mode de paiement	Paieement direct

Voici un aperçu des frais remboursables au titre de la couverture. Ces frais sont sujet à la franchise et à la coassurance.

Frais	Maximum
Accident aux dents naturelles	Maximum raisonnable (1)
Ambulance	Maximum raisonnable (1)
Appareils auditifs	300 \$
Bas de soutien	Maximum raisonnable (1)
Cure de désintoxication	75 \$ par jour, - maximum 3 000 \$ à vie
Examen de la vue	60 \$ par période de 24 mois
Frais de location divers	Maximum raisonnable (1)
Hospitalisation semi-privée	Maximum raisonnable (1)
Injections sclérosantes	25 \$ par visite
Hopital de convalescence semi-privée	100 \$ par jour, - maximum 120 jours par période d'invalidité
Prothèse capillaire	Maximum raisonnable (1)
Prothèse mammaire	Maximum raisonnable (1)
Radio et analyses de laboratoire	1 000 \$
Services paramédicaux	Maximum remboursable combiné par année civile : acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, radiographie couverte par un chiropraticien (50\$), diététicien, ergothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute, (podiatre et podologue) et psychologue
Soins à domicile	500 \$
Soins infirmiers	75 \$ par jour, - maximum 5 000 \$
Souliers orthopédiques et orthèses	400 \$
Stérilet	Maximum raisonnable (1)

À moins d'indication contraire, les montants remboursables sont par année civile et par assuré.

(1) Les frais admissibles en vertu de la garantie soins médicaux sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région.

Assurance soins dentaires

Vous devez être assuré en vertu de l'assurance frais médicaux pour souscrire à cette couverture.

L'assuré doit adhérer pour un minimum de deux ans. Si la couverture est annulée, l'assuré devra attendre une période de deux ans avant de pouvoir la réintégrer.

Franchise

Les frais admissibles engagés à l'égard de soins dentaires ne sont pas assujettis à une franchise.

Pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés dans une proportion de 80%. Les prestations payables sont basées sur les honoraires proposés par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.¹

Les frais couverts sont remboursés à concurrence d'un maximum annuel combiné de 1 500 \$ par personne, par années civile.

Frais admissibles

Voici un aperçu des frais remboursables au titre de la couverture. Ces frais sont sujets à la coassurance.

Soins de base Diagnostic, prévention, restauration mineure, extraction, médicament	• Examen buccal ou de rappel : une fois à intervalle de 6 mois • Radiographies : une fois à intervalle de 6 mois • Détartrage : une fois à intervalle de 6 mois • Extractions • Rebasage et regarnissage de prothèses amovibles : une fois à intervalle 6 mois • Obturations • Antibiotiques en relation avec un acte buccodentaire
Endodontie, périodontie, chirurgie, anesthésie générale	• Traitement de canal • Immobilisation de dents ébranlées lors de traumatisme • Traitement des gencives et des tissus de soutien • Curetage gingival ; aplanissement des racines • Chirurgie buccale ; fractures et luxations ; soins postopératoires • Anesthésie générale lors d'une chirurgie buccale

¹ Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publié par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ)



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8

3107, avenue des Hôtels, Québec (Québec) G1W 4W5

Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181

Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943

info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

medicassurance.ca