

# PROPOSITION D'ASSURANCE

Association des jeunes médecins du Québec  
Police 53072 - Période du 1<sup>er</sup> octobre 2023 au 30 septembre 2024



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
		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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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-mentionnés?		

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 <i>(Signature manuscrite obligatoire)</i>	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	11,96 \$	30,31 \$	47,54 \$	58,27 \$
25 à 29 ans	11,96 \$	30,31 \$	47,54 \$	58,27 \$
30 à 34 ans	13,21 \$	32,69 \$	47,31 \$	66,79 \$
35 à 39 ans	45,70 \$	152,02 \$	114,70 \$	162,33 \$
40 à 44 ans	92,80 \$	197,48 \$	167,22 \$	273,37 \$
45 à 49 ans	106,02 \$	217,91 \$	182,93 \$	278,62 \$
50 à 54 ans	167,94 \$	320,98 \$	209,63 \$	358,32 \$
55 à 59 ans	173,82 \$	338,63 \$	221,39 \$	368,91 \$
60 à 64 ans	167,94 \$	344,51 \$	233,16 \$	381,86 \$

### 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	83,36 \$	156,73 \$	165,43 \$	261,00 \$
25 à 29 ans	83,36 \$	156,73 \$	165,43 \$	261,00 \$
30 à 34 ans	133,69 \$	267,51 \$	205,18 \$	320,98 \$
35 à 39 ans	143,19 \$	282,88 \$	232,29 \$	353,48 \$
40 à 44 ans	179,13 \$	372,51 \$	317,51 \$	507,43 \$
45 à 49 ans	187,67 \$	375,45 \$	281,54 \$	531,60 \$
50 à 54 ans	299,63 \$	599,41 \$	449,76 \$	749,18 \$
55 à 59 ans	311,27 \$	611,18 \$	461,52 \$	760,94 \$
60 à 64 ans	311,27 \$	611,18 \$	461,52 \$	760,94 \$

**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	92,27 \$	180,15 \$	210,73 \$	233,69 \$
25 à 29 ans	92,27 \$	180,15 \$	210,73 \$	233,69 \$
30 à 34 ans	103,79 \$	230,40 \$	225,03 \$	301,53 \$
35 à 39 ans	101,42 \$	212,78 \$	157,57 \$	304,35 \$
40 à 44 ans	225,45 \$	448,62 \$	437,30 \$	580,99 \$
45 à 49 ans	285,41 \$	571,01 \$	499,65 \$	785,03 \$
50 à 54 ans	406,06 \$	812,30 \$	609,29 \$	1 015,30 \$
55 à 59 ans	406,06 \$	812,30 \$	609,29 \$	1 015,30 \$
60 à 64 ans	406,06 \$	812,30 \$	609,29 \$	1 015,30 \$

**OPTION SANS PREUVE MÉDICALE**

Médicaments génériques obligatoires - Franchise équivalente à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ\*  
\*Ajustée le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année – remboursement 100 %

ÂGE	COUVERTURE			
	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale
Moins de 25 ans	134,55 \$	200,74 \$	269,13 \$	320,96 \$
25 à 29 ans	134,55 \$	200,74 \$	269,13 \$	320,96 \$
30 à 34 ans	143,50 \$	217,52 \$	287,01 \$	338,45 \$
35 à 39 ans	241,41 \$	440,99 \$	482,86 \$	526,99 \$
40 à 44 ans	269,18 \$	533,98 \$	538,41 \$	693,87 \$
45 à 49 ans	290,54 \$	581,49 \$	538,41 \$	750,75 \$
50 à 54 ans	366,20 \$	715,31 \$	573,60 \$	792,69 \$
55 à 59 ans	366,20 \$	715,31 \$	573,60 \$	792,69 \$
60 à 64 ans	366,20 \$	715,31 \$	573,60 \$	792,69 \$

**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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> octobre 2023 au 30 septembre 2024



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.

Veillez remplir la section « Autorisation de prélèvements bancaires ».

Annuel

Semestriel

Trimestriel

Bimestriel

Mensuel

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

Veillez 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> signataire

2<sup>e</sup> 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](http://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](http://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**

**Formulaire d'adhésion**  
**1<sup>er</sup> février 2023 au 31 janvier 2024**

**Informations générales**

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Nom : \_\_\_\_\_ Langue :  Fr  En  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Coordonnées personnelles**

Adresse : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_

**Informations professionnelles**

No pratique : \_\_\_\_\_ Médecin de famille :   
Autre médecin spécialiste :

**Informations sur l'adhésion**

Nouvelle adhésion :   
Renouvellement :

Nouveau membre (20 ans ou moins de pratique) :  125 \$ + tx = 143,72 \$  
Membre actif (20 ans ou moins de pratique) :  250 \$ + tx = 287,44 \$  
Membre associé (21 ans ou plus de pratique) :  345 \$ + tx = 396,66 \$

J'aimerais également faire une contribution volontaire additionnelle au montant de : \_\_\_\_\_ \$

Êtes-vous assuré(e) auprès de MédicAssurance?

Oui :  Assurance médicament collective  
 Assurance invalidité

Non :  Je vous autorise à transmettre mon nom à MédicAssurance  
 Je ne vous autorise pas à transmettre mon nom à MédicAssurance

Veuillez faire parvenir votre chèque à l'ordre de l'AJMQ

Paiement par carte de crédit, vous pouvez retourner par fax ou courriel

VISA  Master Card

N° : \_\_\_\_\_ Expiration (mm/aa) : \_\_\_\_\_ CVC : \_\_\_\_\_

Nom de la personne sur la carte de crédit: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Prénom et nom en lettres moulées \_\_\_\_\_

TPS : 867562936RT0001 / TVQ : 1021875666TQ0001

**Subscription Form**  
**February 1st, 2023 to January 31, 2024**

**General Information**

First Name: \_\_\_\_\_  
Last Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_

Gender:  F  M  
Language:  Fr  En

**Contact Details**

Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_  
Province: \_\_\_\_\_  
Postal Code: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  
Mobile: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

**Professional Information**

Licence No: \_\_\_\_\_

Family Doctor:   
Other Specialist:

**Subscription Information**

New subscription:   
Renewal:

New member (20 years practice or less):  125 \$ + tx = 143,72 \$  
Active member (20 years of practice or less):  250 \$ + tx = 287,44 \$  
Associate member (21 years of practice or more):  345 \$ + tx = 396,66 \$

I would also like to make an additional voluntary contribution in the amount of: \_\_\_\_\_ \$

Do you have insurance with MédicAssurance?

Yes:  Group insurance for Medicare  
 Disability insurance

No:  I authorize you to transmit my contact details to MédicAssurance  
 I do not authorize you to transmit my contact details to MédicAssurance

Please send your cheque payable to AJMQ

Payment by Credit Card, you can send by fax or by email

VISA  Master Card

No.: \_\_\_\_\_ Expiration (mm/yy) : \_\_\_\_\_ CVC : \_\_\_\_\_

Name on the Credit Card: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

First and last name in printed letters \_\_\_\_\_

TPS: 867562936RT0001 / TVQ: 1021875666TQ0001



**AJMQ**  
ASSOCIATION DES JEUNES  
MÉDECINS DU QUÉBEC

Prix  
compétitifs



Couverture  
à valeur ajoutée

Service  
personnalisé



## RÉSUMÉ DU PROGRAMME

Octobre 2023 - Police n° 53072

Programme administré par

**i** | **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 65 ans, et ;
- vous résidez au Canada.

La couverture entre en vigueur le 1<sup>er</sup> 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	Paie ment 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	Paie ment 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	Paiement 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	Paiement 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	150 \$ à vie
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.<sup>1</sup>

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.

<b>Soins de base</b> Diagnostic, prévention, restauration mineure, extraction, médicament	<ul style="list-style-type: none"><li>• Examen buccal ou de rappel : une fois à intervalle de 6 mois</li><li>• Radiographies : une fois à intervalle de 6 mois</li><li>• Détartrage : une fois à intervalle de 6 mois</li><li>• Extractions</li><li>• Rebasage et regarnissage de prothèses amovibles : une fois à intervalle 6 mois</li><li>• Obturations</li><li>• Antibiotiques en relation avec un acte buccodentaire</li></ul>
<b>Endodontie, périodontie, chirurgie, anesthésie générale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Traitement de canal</li><li>• Immobilisation de dents ébranlées lors de traumatisme</li><li>• Traitement des gencives et des tissus de soutien</li><li>• Curetage gingival ; aplanissement des racines</li><li>• Chirurgie buccale ; fractures et luxations ; soins postopératoires</li><li>• Anesthésie générale lors d'une chirurgie buccale</li></ul>

<sup>1</sup> 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](mailto:info@medicassurance.ca) | [www.medicassurance.ca](http://www.medicassurance.ca)

[medicassurance.ca](http://medicassurance.ca)