

PROPOSITION D'ASSURANCE

Association québécoise de la physiothérapie
Police 32406 - Période du 1^{er} octobre 2021 au 30 septembre 2022



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 |

ASSURANCE VIE ET DMA

L'assurance DMA est incluse avec chacune des options et l'assurance vie est incluse avec les options 3 et 4

| | | | |
|--|---------------------------------|-----------|-------------|
| Assurance vie - couverture offerte : 30 000 \$ Assurance décès ou mutilation par accident : 30 000 \$ | Bénéficiaire* | Révocable | Irrévocable |
| Nom du bénéficiaire (en toutes lettres) | Lien avec la personne à assurer | | |

*Vous devez cocher « Révocable » ou « Irrévocable » pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut à toute époque changer le bénéficiaire sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Si vous choisissez une couverture couple, monoparentale ou familiale, cette garantie est incluse avec les options 3 et 4

| | | | |
|--|-----------|--------------------------------|----------|
| Conjoint | 10 000 \$ | Enfants (dès 24 heures) | 5 000 \$ |
| L'adhérent est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge. | | | |

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 de votre part.

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

FORMULAIRE MÉDICAL

Association québécoise de la physiothérapie
Police 32406



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 (1, 2, 3 et 4)

NOM DE L'ADHÉRENT

| | |
|-----|--------|
| Nom | Prénom |
|-----|--------|

| 1 Est-ce que vous ou vos personnes à charge avez reçu un diagnostic ou traitement et/ou prescrit des médicaments pour l'un des états de santé suivants : | 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 <i>(Signature manuscrite obligatoire)</i> | Date de la signature (jour / mois / année) |
|--|--|

Carte directe

Prime mensuelle incluant la taxe de 9%

OPTION 1

DMA, maladie grave, médicaments avec franchise 100 \$ / 200 \$ - remboursement : 75 %, assurance voyage et annulation voyage

| ÂGE | COUVERTURE | | | |
|-------------|--------------|-----------|---------------|-----------|
| | Individuelle | Couple | Monoparentale | Familiale |
| - de 35 ans | 46,08 \$ | 88,23 \$ | 79,81 \$ | 109,29 \$ |
| 35 - 39 ans | 46,08 \$ | 88,23 \$ | 79,81 \$ | 109,29 \$ |
| 40 - 44 ans | 76,77 \$ | 145,86 \$ | 132,04 \$ | 180,41 \$ |
| 45 - 49 ans | 76,77 \$ | 145,86 \$ | 132,04 \$ | 180,41 \$ |
| 50 - 54 ans | 78,91 \$ | 149,87 \$ | 135,69 \$ | 185,35 \$ |
| 55 - 59 ans | 87,51 \$ | 165,93 \$ | 150,24 \$ | 205,15 \$ |
| 60 - 64 ans | 87,51 \$ | 165,93 \$ | 150,24 \$ | 205,15 \$ |

OPTION 2

DMA, maladie grave, médicaments avec franchise 750 \$ / 750 \$ - remboursement : 100 %, assurance voyage et annulation voyage

| ÂGE | COUVERTURE | | | |
|-------------|--------------|----------|---------------|-----------|
| | Individuelle | Couple | Monoparentale | Familiale |
| - de 35 ans | 27,25 \$ | 50,51 \$ | 45,87 \$ | 62,15 \$ |
| 35 - 39 ans | 27,25 \$ | 50,51 \$ | 45,87 \$ | 62,15 \$ |
| 40 - 44 ans | 44,38 \$ | 81,07 \$ | 73,74 \$ | 99,42 \$ |
| 45 - 49 ans | 44,38 \$ | 81,07 \$ | 73,74 \$ | 99,42 \$ |
| 50 - 54 ans | 45,65 \$ | 83,33 \$ | 75,80 \$ | 102,17 \$ |
| 55 - 59 ans | 50,74 \$ | 92,40 \$ | 84,06 \$ | 113,22 \$ |
| 60 - 64 ans | 50,74 \$ | 92,40 \$ | 84,06 \$ | 113,22 \$ |

OPTION 3

Assurance vie - 30 000 \$, DMA, maladie grave, assurance des personnes à charge, médicaments - remboursement: 75 %,
frais médicaux - remboursement: 75 %, franchise 100 \$ / 200 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux, assurance voyage et annulation voyage

| ÂGE | COUVERTURE | | | |
|-------------|--------------|-----------|---------------|-----------|
| | Individuelle | Couple | Monoparentale | Familiale |
| - de 35 ans | 92,43 \$ | 182,39 \$ | 164,94 \$ | 225,95 \$ |
| 35 - 39 ans | 92,43 \$ | 182,39 \$ | 164,94 \$ | 225,95 \$ |
| 40 - 44 ans | 144,25 \$ | 273,79 \$ | 249,07 \$ | 335,63 \$ |
| 45 - 49 ans | 144,25 \$ | 273,79 \$ | 249,07 \$ | 335,63 \$ |
| 50 - 54 ans | 148,30 \$ | 281,39 \$ | 256,01 \$ | 344,90 \$ |
| 55 - 59 ans | 164,50 \$ | 311,78 \$ | 283,74 \$ | 381,99 \$ |
| 60 - 64 ans | 164,50 \$ | 311,78 \$ | 283,74 \$ | 381,99 \$ |

OPTION 4

Assurance vie - 30 000 \$, DMA, maladie grave, assurance des personnes à charge, médicaments - remboursement: 100 %,
frais médicaux - remboursement: 100 %, franchise 750 \$ / 750 \$ applicable aux médicaments et aux frais médicaux, assurance voyage et annulation voyage

| ÂGE | COUVERTURE | | | |
|-------------|--------------|-----------|---------------|-----------|
| | Individuelle | Couple | Monoparentale | Familiale |
| - de 35 ans | 60,80 \$ | 119,10 \$ | 108,01 \$ | 146,64 \$ |
| 35 - 39 ans | 60,80 \$ | 119,10 \$ | 108,01 \$ | 146,64 \$ |
| 40 - 44 ans | 124,41 \$ | 234,09 \$ | 213,33 \$ | 285,98 \$ |
| 45 - 49 ans | 124,41 \$ | 234,09 \$ | 213,33 \$ | 285,98 \$ |
| 50 - 54 ans | 127,91 \$ | 240,63 \$ | 219,31 \$ | 293,92 \$ |
| 55 - 59 ans | 141,96 \$ | 266,73 \$ | 243,17 \$ | 325,62 \$ |
| 60 - 64 ans | 141,96 \$ | 266,73 \$ | 243,17 \$ | 325,62 \$ |

OPTION SANS PREUVE MÉDICALE

Médicaments génériques obligatoire - 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 |
| | 101,20 \$ | 194,70 \$ | 151,80 \$ | 253,00 \$ |

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Disponible avec les options 3 et 4 seulement)

Aucune franchise - remboursement : 80%

COUVERTURE

| Individuelle | Couple | Monoparentale | Familiale |
|--------------|----------|---------------|-----------|
| 43,74 \$ | 87,20 \$ | 65,40 \$ | 104,15 \$ |

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (par 100 \$)

| | FEMMES | | HOMMES | |
|-------------|-------------|---------|-------------|---------|
| | Non-fumeurs | Fumeurs | Non-fumeurs | Fumeurs |
| - de 25 ans | 0,62 \$ | 0,62 \$ | 0,93 \$ | 0,93 \$ |
| 25-29 | 0,96 \$ | 1,59 \$ | 0,95 \$ | 1,57 \$ |
| 30-34 | 1,77 \$ | 2,77 \$ | 1,24 \$ | 2,05 \$ |
| 35-39 | 2,26 \$ | 3,42 \$ | 1,28 \$ | 2,10 \$ |
| 40-44 | 2,86 \$ | 4,24 \$ | 1,46 \$ | 2,42 \$ |
| 45-49 | 3,97 \$ | 5,91 \$ | 2,05 \$ | 3,42 \$ |
| 50-54 | 4,20 \$ | 6,28 \$ | 2,95 \$ | 5,00 \$ |
| 55-59 | 3,80 \$ | 5,69 \$ | 2,63 \$ | 4,46 \$ |
| 60-64 | 2,45 \$ | 3,65 \$ | 2,04 \$ | 3,41 \$ |

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 québécoise de la physiothérapie
Police 32406 - Période du 1^{er} octobre 2021 au 30 septembre 2022

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^{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 (jour / 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



Association
québécoise de la
physiothérapie

Prix
compétitifs



Couverture
à valeur ajoutée

Service
personnalisé



RÉSUMÉ DU PROGRAMME

Octobre 2021 - Police n° 32406

Programme d'assurance administré par

 **medicassurance**

CONTRIBUEZ À MAINTENIR VOTRE STABILITÉ FINANCIÈRE

grâce au programme d'assurance de l'Association québécoise de la physiothérapie

Pourquoi avez-vous besoin d'assurance ?

L'Association québécoise de la physiothérapie reconnaît qu'il est important d'assurer la sécurité financière des êtres qui vous sont chers et votre tranquillité d'esprit. Un programme d'assurance complet peut vous procurer des bases solides en matière de protection sur lesquelles vous pourriez vous appuyer pour préserver votre style de vie et celui de votre famille si vous vous trouviez dans l'impossibilité de travailler par suite d'un accident ou d'une maladie. C'est pourquoi le AQP s'est alliée avec MédicAssurance inc. pour vous offrir un programme d'assurance de qualité qui combine la souplesse d'une couverture individuelle avec les avantages financiers que procure une assurance collective. En votre qualité de membre de l'AQP, vous pouvez profiter des garanties ci-dessous offertes à un prix abordable.

Assurance vie

Élément-clé d'une solide planification financière

Que vous soyez au début de votre carrière, établi et marié ou à planifier votre retraite, protégez le bien-être financier de votre famille et de ceux qui vous sont chers, dans l'éventualité de votre décès, grâce à l'assurance vie.

Assurance décès ou mutilation par accident

Une protection supplémentaire

L'assurance décès ou mutilation par accident contribue à vous assurer une protection supplémentaire en cas de décès ou de blessure grave résultant d'un accident.

Assurance frais médicaux, assurance médicaments et assurance frais dentaires

Des solutions complètes et économiques pour répondre à 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.

Assurance maladies graves

Parce qu'il importe avant tout de bénéficier de la bonne protection

Grâce aux progrès technologiques réalisés dans le domaine médical, les chances de survivre à une maladie grave sont meilleures que jamais. Les effets que peut avoir un diagnostic de maladie grave sur les plans physique et affectif sont difficiles à supporter, mais qu'en est-il des conséquences d'ordre financier ? La perte de votre revenu d'emploi et le coût des traitements médicaux qui ne sont couverts ni par le régime provincial d'assurance maladie ni par un régime privé peuvent compromettre votre sécurité et votre indépendance financière. L'assurance contre les maladies graves est conçue pour contribuer à votre tranquillité d'esprit et vous permettre de vous consacrer entièrement à ce qui compte le plus – votre rétablissement.

Assurance salaire de longue durée

Préservez votre capacité de gagner un revenu

Votre capacité de gagner un revenu constitue l'un de vos biens les plus importants. Si vous vous trouvez dans l'impossibilité de travailler par suite d'un accident ou d'une maladie, l'assurance invalidité de longue durée peut contribuer à votre sécurité financière et à celle de votre famille en vous procurant un revenu mensuel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Un programme exclusif

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

- vous êtes membre en règle de l'AQP;
- vous travaillez 20 hrs et plus par semaine en tant que physiothérapeute ou technologue en physiothérapie;
- 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 prend effet le 1^{er} du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion dûment remplie.

Une couverture pour les personnes à votre charge

Si vous choisissez la couverture couple, monoparentale ou familiale, votre conjoint(e) et vos enfants seront automatiquement couverts par l'assurance médicaments. Si vous choisissez la garantie frais médicaux (options 3 ou 4), vos personnes à charge seront couvertes par l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance médicaments et l'assurance frais médicaux.

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 est totalement invalide 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 la couverture

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

- 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 quant au paiement des primes
- à la date du dernier jour du mois suivant la réception d'un avis écrit de 30 jours 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 québécoise de la physiothérapie et se tient à votre disposition pour répondre à vos questions concernant l'assurance et vous fournir les formulaires nécessaires. L'assureur de ce programme est 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 Assomption Vie à l'intention de l'Association québécoise de la physiothérapie expose dans leur intégralité les dispositions, conditions, exclusions et restrictions qui régissent ce programme d'assurance.

GARANTIES ET CARACTÉRISTIQUES

Assurance vie (incluse dans les options 3 et 4)

Montant de la couverture

30 000 \$ inclus sans déclaration d'assurabilité.

Couverture du conjoint

10 000 \$

Couverture des enfants à charge (dès 24 heures)

5 000 \$

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si, avant l'âge de 65 ans, vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale.

Assurance décès ou mutilation par accident (incluse dans les options 1, 2, 3 et 4)

Montant de la couverture

30 000 \$ sans déclaration d'assurabilité. Garantie offerte à l'adhérent seulement.

Exonération des primes en cas d'invalidité

Exonération du paiement des primes conformément à la garantie d'assurance-vie.

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 (1, 2, 3 et 4) est demandée.

Franchise et pourcentage de remboursement

| Option de base | |
|------------------------------|---|
| Franchise | Équivalente à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ* *Ajustée le 1 ^{er} juillet de chaque année |
| Pourcentage de remboursement | 100 % du prix le plus bas |
| Mode de paiement | Carte de paiement direct |

| Option 1 | |
|------------------------------|--|
| Franchise | 100 \$ par année civile – individuelle 200 \$ par année civile – couple, monoparentale ou familiale |
| Pourcentage de remboursement | 75 % du prix le plus bas |
| Mode de paiement | Carte de paiement direct |

| Option 2 | |
|------------------------------|--|
| Franchise | 750 \$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale |
| Pourcentage de remboursement | 100% du prix le plus bas |
| Mode de paiement | Carte de paiement direct |

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

| Frais | Maximum |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Accident aux dents naturelles | Illimité |
| Ambulance | Illimité (aérien : 1 000 \$) |
| Frais de location (divers) | Illimité |
| Maison de convalescence (semi-privée) | 20 \$ par jour, maximum 60 jours |
| Soins infirmiers | 5 000 \$ |

À moins d'indications contraires, les montants remboursables sont par année civile et par assuré.

Assurance voyage (incluse dans les options 1, 2, 3, et 4)

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 vous trouvez 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 médico-hospitalière. 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 de l'annulation et interruption de voyage, la prestation est de 5 000 \$ par voyage, par assuré.

Assurance frais médicaux

Assurance médicaments incluse (assurance voyage incluse)

Assurance vie incluse

Franchise et pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés conformément aux pourcentages suivants :

| Option 3 | |
|------------------------------|---|
| Franchise | 100 \$ par année civile - individuelle 200 \$ 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 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 800 \$ par année civile et de 50 \$ par visite |
| Mode de paiement | Carte de paiement direct |

| Option 4 | |
|------------------------------|---|
| Franchise | 750 \$ 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 100 % pour tous les autres frais |
| Services paramédicaux | Maximum remboursable combiné de 600 \$ par année civile et de 50 \$ par visite |
| Mode de paiement | Carte de paiement direct |

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

| Frais | Maximum |
|---|--|
| Accident aux dents naturelles | Illimité |
| Ambulance | Illimité (aérien : 1 000 \$) |
| Appareils auditifs | 500 \$ par période de 36 mois |
| Bas de soutien | 2 paires |
| Examen de la vue | 50 \$ par période de 24 mois |
| Frais de location (divers) | Illimité |
| Glucomètre | 700 \$ à vie |
| Hospitalisation (semi-privée) | 100 \$ par jour, maximum de 60 jours |
| Hôpital de convalescence (semi-privée) | 20 \$ par jour, maximum de 60 jours |
| Prothèse capillaire | 500 \$ à vie |
| Prothèse mammaire, incluant soutiens-gorge chirurgicaux | 200 \$ |
| Radio et analyses de laboratoire | 500 \$ |
| Services paramédicaux | Maximum remboursable combiné par année civile : acupuncteur, chiropraticien, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe physiothérapeute, podiatre et psychologue |
| Soins infirmiers | 5 000 \$ |
| Souliers orthopédiques et orthèses | 300 \$ |

À moins d'indications contraires, les montants remboursables sont par année civile et par assuré.

Assurance soins dentaires

Vous devez être assuré en vertu de l'assurance frais médicaux afin de pouvoir souscrire 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 dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec¹.

Les frais admissibles par personne sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum annuel de 750 \$ pendant la première année, de 1 000 \$ pendant la deuxième année et de 1 500 \$ pour les années subséquentes.

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

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 | <ul style="list-style-type: none">• Examen buccal ou de rappel : une fois à intervalle de 9 mois• Radiographies : une fois à intervalle de 9 mois• Détartrage : une fois à intervalle de 9 mois• Extractions• Rebasage et garnissage de prothèses amovibles : une fois à intervalle 9 mois• Obturations• Antibiotiques en relation avec un acte buccodentaire |
| Endodontie, périodontie, chirurgie, anesthésie générale | <ul style="list-style-type: none">• 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 |

Assurance maladies graves (incluse dans les options 1, 2, 3 et 4)

Montant de la couverture

6000 \$ inclus à l'intérieur de chacune des options et ce, sans déclaration d'assurabilité. Garantie offerte à l'adhérent seulement.

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si, avant l'âge de 65 ans, vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale.

Pourquoi l'assurance maladies graves ?

Les gens vivent plus longtemps de nos jours, grâce à un mode de vie plus sain et aux progrès récents en médecine.

Bien qu'un plus grand nombre de personnes échappent maintenant aux maladies qui autrefois étaient souvent mortelles, un nombre inquiétant de canadiens et canadiennes seront atteints d'une maladie grave au cours de leur vie.

Selon les statistiques :

- 1 canadien sur 2 souffrira d'une forme quelconque de maladie du cœur ;
- 1 canadien sur 3 sera atteint d'un cancer constituant un danger de mort ;
- 1 canadien sur 4 souffrira d'insuffisance rénale ;
- 1 canadien sur 20 risque de subir un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 70 ans ;
- 1 sur 500 est le taux d'incidence de sclérose en plaques.

Source : Fondation des maladies du cœur, Société canadienne du cancer et Statistique Canada.

Solution

L'assurance maladies graves a été mise au point pour répondre à ces besoins et alléger ainsi le stress et le fardeau financier qui accompagnent souvent un diagnostic de maladie grave.

| | | |
|--|--|---|
| 6 000 \$ | | |
| Maladies graves couvertes | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Accident vasculaire cérébral• Brûlures graves• Cancer (danger de mort)• Chirurgie de l'aorte• Coma• Crise cardiaque | <ul style="list-style-type: none">• Greffe d'un organe vital• Insuffisance rénale• Liste d'attente (transplantation d'organe vital)• Maladie d'Alzheimer• Maladie de Parkinson | <ul style="list-style-type: none">• Maladies du motoneurone• Pontage aorto-coronarien• Remplacement de valve• Sclérose en plaques• Tumeur cérébrale bénigne |

Exclusions et limites

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité, une maladie, une blessure ou un accident survenus lors d'une infraction criminelle à laquelle l'assuré prenait part, peu importe qu'on ait ou non porté un chef d'accusation contre celui-ci ou qu'il ait ou non été trouvé coupable.

Aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable pour une condition causée, directement ou indirectement, en tout ou en partie, par l'une des causes suivantes :

- Une blessure ou une maladie que l'assuré s'est infligée lui-même, qu'il ait été sain d'esprit ou non
- Une chirurgie ou tout autre traitement qui est de nature expérimentale ou principalement esthétique
- Une insurrection, une guerre (déclarée ou non) un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire
- La conduite d'un véhicule à moteur alors que le taux d'alcool dans le sang de l'assuré est supérieur à la limite permise par la loi
- La participation de l'adhérent à un acte criminel ou à une tentative de commettre un acte criminel

Conditions préexistantes

On entend par condition préexistante toute maladie pour laquelle, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la protection des maladies graves, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge a reçu une prescription pour des médicaments, ou pour laquelle il a reçu un traitement médical, une consultation, des soins ou des services d'un médecin, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui entraîne le diagnostic ou le traitement d'une maladie grave telle que définie à la disposition du contrat, Maladies assurées.

Les prestations pour maladies graves ne sont pas payables par suite d'une condition préexistante à moins que la maladie grave ne survienne qu'après 24 mois consécutifs de protection.

Assurance invalidité de longue durée

(Joindre votre déclaration d'assurabilité remplie et une copie de votre dernière déclaration de revenu pour cette option.)

Montant de la couverture

Vous pouvez souscrire l'assurance par tranche de 100 \$, sous réserve d'un maximum de 6 000 \$. Le montant de couverture que vous pouvez demander est en fonction de votre revenu gagné annuel net.

| | ILD |
|--|---|
| Revenu imposable minimum annuel en tant que physiothérapeute afin d'être admissible à cette garantie | 40 000 \$ |
| Garantie minimale | n/a |
| Montant maximum d'assurance | 6 000 \$ |
| % salaire net | 66,67 % du premier 3 750 \$ du revenu de profession assurable mensuel et 50 % de la balance |
| Délai de carence | 90 jours |
| Durée maximale de la garantie | Moins de 55 ans : jusqu'à 65 ans 55 à 57 ans = paiement 5 ans 58 ans = paiement 4 ans 59 ans = paiement 3 ans 60 à 61 ans = paiement 2 ans 62 à 64 ans = paiement 1 an |

Le revenu de profession assurable est défini comme : la moyenne des 2 dernières années des revenus réels nets directs et indirects et déclarés au gouvernement en tant que physiothérapeute. Lorsqu'un montant d'assurance est approuvé, il doit être revalidé avec les preuves de revenus nécessaires (T1 ou autres documents officiels demandés) pour la période de 2 ans précédant l'invalidité ou le décès afin que le montant consenti n'excède pas le taux visé de remplacement de revenu net déclaré.

Par exemple, un assuré approuvé pour un montant d'assurance invalidité de 3 000 \$ par mois lors de la sélection médicale ayant un « salaire » ne justifiant que 2 500 \$ au moment d'une réclamation, sera seulement éligible pour une prestation de 2 500 \$ pour cette période d'indemnisation d'invalidité. L'assuré conserve tout de même le droit d'être assuré pour un montant allant jusqu'à 3 000 \$ pour des demandes ultérieures, si ses revenus le justifient lors d'une nouvelle demande de prestation, mais recevra des prestations pour le moindre entre le montant approuvé à la sélection et le salaire éligible lors de la réclamation.

L'invalidité totale ou être totalement invalide est l'état d'incapacité continue résultant d'une maladie ou d'un accident et pour lequel l'adhérent est sous les soins continus d'un médecin et se soumet aux traitements recommandés ou approuvés par ce médecin. Au cours du délai de carence et des 24 mois suivants, cet état doit empêcher l'adhérent d'exercer les tâches essentielles de son emploi. Par la suite, cet état doit empêcher l'adhérent d'exercer les tâches essentielles de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié ou peut raisonnablement devenir qualifié en raison de son éducation, son expérience et sa formation. La disponibilité de cet emploi n'est pas un critère dont tient compte l'assureur.

**De plus, toute invalidité résultant des conditions suivantes est sujet à une durée maximale de prestations de 24 mois :

- un lumbago ou une lombalgie dont l'existence ne peut être attestée subjectivement que par la seule présence de douleurs ressenties par l'assuré.
- une maladie mentale ou des troubles nerveux incluant l'anxiété, la dépression, les troubles émotifs et les troubles de comportement.

Admissibilité à la garantie

L'invalidité totale ou être totalement invalide est l'état d'incapacité continue résultant d'une maladie ou d'un accident et pour lequel l'adhérent est sous les soins continus d'un médecin et se soumet aux traitements recommandés ou approuvés par ce médecin. La disponibilité de cet emploi n'est pas un critère dont tient compte l'assureur.

Intégration des prestations

Les prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie sont réduites des montants suivants, ajustés sur base mensuelle :

- toutes prestations initiales de retraite ou de rente d'invalidité payables en vertu du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec (excluant les rentes du conjoint et des enfants du cotisant invalide); et
- toutes prestations payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail, d'une loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi équivalente.

De plus, les prestations mensuelles d'un employé assuré, totalement invalide, sont réduites de sorte que le total de la rente et du revenu des autres sources ne dépasse pas les montants suivants :

1. 85 % du salaire mensuel net de l'adhérent lorsque les prestations mensuelles ne sont pas imposables.
2. 85 % du salaire assuré mensuel de l'adhérent lorsque les prestations mensuelles sont imposables.

Les autres sources de revenu sont les suivantes :

- toute rémunération directe ou indirecte dérivée du courtage hypothécaire;
- tout revenu reçu en vertu d'un régime d'assurance collective;
- tout revenu reçu en vertu d'un régime de retraite;
- tout revenu reçu d'un organisme gouvernemental.

Conditions préexistantes

Lorsque l'invalidité totale survient dans les 12 mois à compter de la date à laquelle l'adhérent est devenu assuré sous la présente garantie ou une garantie comparable d'un autre contrat, aucune prestation n'est payable sous la présente garantie si dans les douze mois précédant son entrée en vigueur ou celle de la garantie comparable, selon le cas, l'adhérent a :

- a) consulté un professionnel de la santé;
- b) reçu des soins médicaux; ou
- c) pris des médicaments prescrits par un médecin.

pour tout symptôme, condition ou maladie, quel que soit le diagnostic, lié à la maladie causant l'invalidité et pour laquelle des prestations sont réclamées sous la présente garantie.

Caractéristiques

Avec l'appui de son médecin et l'approbation de l'assureur et de l'employeur, l'employé invalide peut être demandé de participer à une activité de réadaptation.

L'assureur renonce, à l'égard d'un adhérent totalement invalide, à percevoir toute prime future pour cette garantie au cours de la période pendant laquelle celui-ci a droit à des prestations en vertu de cette garantie.



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