

RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE



**SYNDICAT DES
DÉBARDEURS**
SCFP, SECTION LOCALE 375

RÉGIME DE BIEN-ÊTRE

**7020, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec)**

H1N 3L6

Téléphone : (514) 255-8868

Télécopieur : (514) 255-8382

rssd@syndicat375.org

RÉGIME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE POUR LES MEMBRES ET LEUR FAMILLE

VIE - ACCIDENTS - MALADIE

(Dernière version)

Veillez détruire toute version antérieure.

1er janvier 2018

TABLE DES MATIÈRES

PROCÉDURE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT APPLICABLE	7
DÉFINITIONS	8
SECTION A : Les membres actifs	9
1.ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS	9
1.1 Personnes couvertes :	9
i) Les membres bénéficiant de la sécurité d'emploi	9
ii) Les membres de la 1 ^{ère} réserve (homme d'entretien)	9
iii) Les membres de la 1 ^{ère} réserve (lettres d'entente 9 & 14)	9
iv) Les membres de la 1 ^{ère} réserve (débardeur 2 ^{ième} & 3 ^{ième} année)	9
1.2 Accession au régime de sécurité d'emploi :	9
1.3 Admissibilité durant l'année civile :	10
1.4 Annulation de la couverture du Régime de Bien-Être :	10
1.5 Exception :	10
2. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATIONS	11
2.1 Dispositions générales :	11
2.1.1 Bénéfices au décès des membres :	11
2.1.2 Bénéfices au décès des charges de famille :	11
2.2 Tableau des bénéfices :	11
3. ASSURANCE-INVALIDITÉ (PRESTATIONS HEBDOMADAIRES)	11
3.1 Personnes couvertes :	11
3.2 Définition de l'invalidité :	11
3.3 Preuves d'invalidité :	12
3.4 Prestations et modalités de paiement :	12
3.5 Coordination des prestations :	14
3.6 Conflits : grève et lock-out :	14
4. -FRAIS MÉDICAUX ET HONORAIRES PROFESSIONNELS	14
4.1 Couverture :	14
4.2 Limite au remboursement :	14
4.3 Frais médicaux :	15
4.3.1 Soins hospitaliers :	15

TABLE DES MATIÈRES

4.3.2	Transport en ambulance :.....	15
4.3.3	Médicaments :.....	15
4.3.4	Équipements divers :.....	17
4.3.5	Chaussures orthopédiques :.....	17
4.3.6	Bas de soutien :	17
4.3.7	Glucomètres :.....	18
4.3.8	Bâtonnets réactifs, tampons et aiguilles :	18
4.3.9	Soins médicaux d'exceptions:	18
4.4	Honoraires professionnels.....	18
4.4.1	Honoraires d'un chiropraticien :.....	18
4.4.2	Honoraires d'un physiothérapeute et/ou ostéopathe :.....	18
4.4.3	Honoraires d'un psychologue et/ou psychothérapeute:	19
4.4.4	Honoraires d'un infirmier :	19
4.4.5	Honoraires d'un chirurgien dentiste :	19
4.4.6	Honoraires des professionnels membres de d'autres associations reconnues :.....	19
4.4.7	Sérums et injections :	20
4.4.8	Stérilets :.....	20
4.4.9	Thérapie reliée à un problème de dépendance ou co-dépendance :	20
4.4.10	Banque individuelle pour soins médicaux :.....	21
4.4.11	Soins visuels :	21
4.4.12	Radiographies :.....	21
5.	SOINS DENTAIRES.....	22
5.1	Généralités :.....	22
5.2	Module A - Prévention :	23
5.2.1	Diagnostic :	23
5.2.2	Radiographies :	23
5.2.3	Prévention :	23
5.3	Module B – Restauration de base :	24
5.3.1	Dents primaires :.....	24
5.3.2	Dents permanentes :.....	24
5.3.3	Endodontie :.....	24
5.3.4	Parodontie :.....	25
5.3.5	Chirurgie buccale :	25
5.3.6	Services généraux :	26
5.4	Module C – Restauration majeure et prothèse fixe :.....	26
5.4.1	Restaurations diverses :.....	26
5.4.2	Prothèses fixes :.....	26

TABLE DES MATIÈRES

5.4.3	Prothèses amovibles.....	26
5.4.4	Restrictions concernant les prothèses (complètes et partielles) amovibles et fixes (incrustation avec ou sans recouvrement, facette, couronne, pilier, pontique, aileron, pivot etc...) :	27
5.5	Module D - Orthodontie :	27
5.5.1	Radiographies :	27
5.5.2	Services généraux :	27
5.6	Dispositions générales :	27
5.7	Exclusions et réduction de la garantie :	28
SECTION B : Les membres de la 1 ^{ère} réserve (débardeur 1 ^{ère} année).....		30
1.	ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS.....	30
1.1	Personnes couvertes :	30
1.2	Annulation de la couverture du Régime de Bien-Être	30
1.3	Exception :	31
2.	PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS	31
2.1	Dispositions générales :	31
2.1.1	Bénéfices au décès des membres :	31
2.1.2	Bénéfices au décès des charges de famille :	31
2.2	Tableau des bénéfices :	31
3.	FRAIS MÉDICAUX ET HONORAIRES PROFESSIONNELS.....	32
3.1	Couverture :	32
3.2	Limite au remboursement :	32
3.3	Frais médicaux :	32
3.3.1	Soins hospitaliers :	31
3.3.2	Transport en ambulance :	32
3.3.3	Médicaments :	33
3.4	Retrait préventif pour une grossesse :	34
4.	SOINS DENTAIRES.....	35
4.1	Généralités :	35
4.2	Module A - Prévention :	36
4.2.1	Diagnostic :	36
4.2.2	Radiographies :	36
4.2.3	Prévention :	36
4.3	Module B – Restauration de base :	37

TABLE DES MATIÈRES

4.3.1 Dents primaires :	37
4.3.2 Dents permanentes :	37
4.3.3 Endodontie :	37
4.3.4 Parodontie :	37
4.3.5 Chirurgie buccale :	38
4.3.6 Services généraux :	38
4.4 Module C – Restauration majeure et prothèse fixe :	38
4.4.1 Restaurations diverses :	38
4.4.2 Prothèses fixes :	39
4.4.3 Prothèses amovibles	39
4.4.4 Restrictions concernant les prothèses (complètes et partielles) amovibles et fixes (incrustation avec ou sans recouvrement, facette, couronne, pilier, pontique, aileron, pivot etc...) :	39
4.5 Dispositions générales :	40
4.6 Exclusions et réduction de la garantie :	40
SECTION C : Les membres actifs âgés de plus de 65 ans	42
1. ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS	42
1.1 Personnes couvertes :	42
1.2 Co-assurance :	42
1.3 Procédure de réclamation :	42
1.4 Terminaison :	42
2. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATIONS.....	43
2.1 Dispositions générales :	43
2.1.1 Bénéfices au décès des membres :	43
2.1.2 Bénéfices au décès des charges de famille :	43
2.2 Tableau des bénéfices :	43
3. COMPTE ANNUEL SOINS DE SANTÉ	43
3.1 Compte annuel pour soins de santé :	43
SECTION D : Les membres retraités et participants inactifs	44
1. ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS	44
1.1 Personnes couvertes :	44
1.2 Co-assurance :	44
1.3 Procédure de réclamation :	44
1.4 Terminaison :	44

TABLE DES MATIÈRES

2.	PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS	45
	2.1 Prestation consécutive au décès :	45
3.	COMPTE ANNUEL SOINS DE SANTÉ	45
	3.1 Compte annuel pour soins de santé :	45
SECTION E : Participants inactifs avec fonds de pension ajourné âgés de moins de 55 ans		46
1.	ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS	46
	1.1 Personnes couvertes:	46
	1.2 Terminaison :	46
2.	FRAIS MÉDICAUX ET HONORAIRES PROFESSIONNELS	46
3.	SOINS DENTAIRE	46
ANNEXE A		47

PROCÉDURE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT APPLICABLE

La procédure de demande de remboursement que vous devez suivre dépend largement de la nature de la prestation que vous demandez. Les renseignements suivants vous indiquent les principales étapes à suivre dans le cadre de vos demandes de remboursement. Les frais encourus au cours d'une année de couverture ne seront pas honorés si la réclamation est présentée après le 30 juin de l'année suivante. Aucune réclamation ne sera considérée après cette date.

Remboursement : Lors de l'émission du remboursement, si la somme est inférieure à 50 \$, le paiement sera suspendu. Il sera effectué à la première des deux dates suivantes : lorsque le montant à rembourser excédera 50 \$ ou 30 jours après la date de suspension. Un seul traitement par jour par personne sera remboursé pour chacune des catégories de soins offerts et ce, sans exception.

Décès et mutilations : Cette réclamation doit se faire en complétant un formulaire que vous pouvez vous procurer auprès du bureau du Régime de Bien-Être. À ce formulaire, certaines pièces justificatives devront être remises afin que la compagnie d'assurance-vie puisse verser les bénéfices au décès.

Frais médicaux et honoraires professionnels : Sur présentation des reçus officiels ou autres reçus normalement acceptés par les compagnies d'assurances, le Régime de Bien-Être procédera au remboursement des frais médicaux et autres frais professionnels.

Médicaments : Sur présentation des reçus officiels (originaux), les copies ou duplicata ne seront pas acceptés, le Régime procédera au remboursement.

Frais dentaires : Lors de votre visite chez le dentiste, vous devez lui demander de vous remettre un formulaire de demande de remboursement pour soins dentaires qu'il devra dûment compléter et signer. Le remboursement ne sera effectué que sur présentation de ce formulaire émis par votre dentiste. Pour tout soin dont le remboursement excède 500 \$, une estimation des coûts est requise au préalable et doit être transmise pour autorisation au bureau du Régime de Bien-Être.

N.B. : Pour des raisons de lisibilité et d'accessibilité au texte, le générique masculin est utilisé dans ce document sans aucune discrimination.

DÉFINITIONS

Conjoint : Votre conjoint est la personne (de sexe opposé ou de même sexe) avec laquelle vous êtes légalement marié, partie à une union civile ou celle avec laquelle vous vivez en permanence depuis plus d'un an et que vous présentez publiquement comme tel. Seuls les conjoints de faits enregistrés depuis plus de douze (12) mois au Régime de Bien-Être sont admissibles. Le divorce, l'annulation du mariage ou, dans le cas d'un conjoint de fait, la cessation de la cohabitation permanente depuis plus de trois mois fait perdre le statut de conjoint. De plus, dans l'éventualité d'une séparation de corps, le statut de conjoint (pour bénéficiaire des protections) sera maintenu et ce, uniquement s'il en est fait expressément mention dans ledit jugement. En tout temps, il ne pourra y avoir qu'un seul conjoint à la fois.

Enfant à charge : L'enfant du membre ou de son conjoint, y compris un enfant légalement adopté qui, à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations :

est âgé de moins de 21 ans; ou

est âgé de 21 ou plus mais à moins de 26 ans et fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue (une preuve d'inscription à temps complet devra être fournie au secrétariat du Régime de Bien-Être, deux (2) fois par année, soit aux mois d'octobre et de février) ; ou

est atteint d'une déficience fonctionnelle, quel que soit son âge.

De plus, pour être admissible, l'enfant doit dépendre principalement de ses parents pour son soutien.

Famille : Le membre actif, son conjoint, ses enfants à charge ou ceux de son conjoint.

Hôpital : Pour être reconnu comme hôpital aux fins du présent Régime de Bien-Être, un établissement doit héberger habituellement les malades la nuit, disposer de toutes les installations diagnostiques et thérapeutiques et assurer ces services sous la surveillance de médecins dûment reconnus comme tels et fournir sans interruption, c'est-à-dire vingt-quatre (24) heures par jour, les soins d'infirmiers diplômés et licenciés. Les établissements tels que les cliniques, les maisons de repos, ne sont pas considérés comme étant des hôpitaux aux fins du présent Régime.

Année civile : La période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de la même année.

SECTION A : Les membres actifs

1. ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS

1.1 Personnes couvertes :

Membres bénéficiant de la sécurité d'emploi : Membres en règle du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375 et qui travaillent **au moins 425 heures reconnues durant l'année précédente** pour un employeur membre de l'Association des Employeurs Maritimes au port de Montréal, y compris les officiers à temps plein du Syndicat des débardeurs et du Régime de Sécurité Sociale.

Membres de la 1^{ère} réserve (homme d'entretien) : Membres en règle du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375 et qui travaillent **au moins 425 heures reconnues durant l'année précédente** pour un employeur membre de l'Association des Employeurs Maritimes au port de Montréal.

Membres faisant l'objet des lettres d'entente 9 & 14 : Membres en règle du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375 et qui travaillent **au moins 425 heures reconnues durant l'année précédente** pour un employeur membre de l'Association des Employeurs Maritimes au port de Montréal.

Membres de la 1^{ère} réserve (débardeur 2^{ième} et 3^{ième} année) : Membres en règle du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375 et qui travaillent pour un employeur membre de l'Association des Employeurs Maritimes au port de Montréal.

Les membres bénéficient de toutes les protections offertes en vertu de la section A à compter de leur deuxième et troisième anniversaire de leur date d'adhésion.

Les membres actifs bénéficient de toutes les protections offertes en vertu de la section A. Le conjoint et les enfants à charge sont également admissibles à certaines couvertures. L'admissibilité du conjoint et des enfants à charge est cependant conditionnelle à ce que le membre se qualifie comme admissible en vertu de la présente section.

1.2 Accession au régime de sécurité d'emploi :

Tout membre ayant accédé à la sécurité d'emploi et sans provenir de la première réserve de soutien doit respecter le critère d'admissibilité de 425 heures reconnues afin de bénéficier de toutes les protections offertes en vertu de la section A.

1.3 Admissibilité durant l'année civile :

Tout membre actif non-admissible au Régime de Bien-Être au début de l'année civile peut cependant devenir admissible au cours de cette même année si au moins 425 heures lui sont reconnues aux fins de l'article « pension et Bien-Être » de la convention collective. Son admissibilité devient dès lors effective le 1^{er} jour du mois suivant.

1.4 Annulation de la couverture du Régime de Bien-Être :

Il est entendu qu'un membre qui perdra la sécurité d'emploi ou qui sera congédié cessera automatiquement d'être admissible au Régime de Bien-Être.

Votre protection au titre du présent Régime prendra également fin lors de celui des événements suivants qui se produira en premier :

1. lors de la résiliation du Régime de Bien-Être;
2. à la date de la mise à la retraite, sauf pour les bénéfices payables aux préretraités et aux retraités;
3. la protection des charges de famille prend également fin lors de celui des événements suivants qui se produira le premier :
 - a) la résiliation de la couverture des charges de famille en vertu du Régime ou suite à une demande du membre suivant les conditions prévues plus haut;
 - b) lorsqu'un enfant ne se qualifie plus comme un enfant à charge.

1.5 Exception :

Un membre qui perdra sa sécurité d'emploi pour cause de congédiement (raisons disciplinaires ou d'absentéisme) et qui contestera cette décision en arbitrage pourra continuer d'être couvert par le présent plan, à l'exception des prestations d'assurance-invalidité, en en faisant la demande auprès des fiduciaires qui en décideront, selon les exposés, lors d'une réunion du comité.

Tout membre congédié retrouvant son emploi suite à une entente de dernière chance (entente prévoyant que le membre est déployé comme une première réserve de soutien, sans aucune forme de sécurité d'emploi) ne pourra bénéficier de prestations d'invalidité qu'après avoir accumulé suffisamment d'heures pour recevoir les prestations d'assurance-chômage maladie, soit 600 heures.

De plus, une fois le nombre d'heures requis atteint, le membre ne pourra bénéficier que de la couverture d'invalidité prévue pour les membres de la première réserve, soit la période couverte par le chômage-maladie (16 semaines au total, incluant la semaine d'attente).

2. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATIONS

2.1 Dispositions générales :

2.1.1 Bénéfices au décès des membres :

Les bénéfices au décès d'un membre actif sont payables, quelle qu'en soit la cause, le temps ou le lieu, pourvu que celui-ci soit alors admissible. Le paiement se fera en une somme unique au bénéficiaire qu'il aura désigné. Tout changement de bénéficiaire doit être conforme aux lois applicables.

2.1.2 Bénéfices au décès des charges de famille :

Les bénéfices au décès d'une des charges de famille sont payables, quelle qu'en soit la cause, le temps ou le lieu, en une somme unique au membre.

2.2 Tableau des bénéfices :

CATÉGORIES D'ASSURÉS	CAPITAL DE BASE
membre actif qualifié	75 000,00 \$
charge de famille (conjoint)	30 000,00 \$
charge de famille (enfant à charge)	15 000,00 \$

Dans le cas où la perte de vie est accidentelle, le capital de base est doublé. Un résumé des principales clauses du contrat se retrouve à l'Annexe A.

3. ASSURANCE-INVALIDITÉ (PRESTATIONS HEBDOMADAIRES)

3.1 Personnes couvertes :

Les membres bénéficiant de la sécurité d'emploi et les membres de la 1^{ère} réserve hommes d'entretien (qui travaillent au moins 520 heures reconnues durant l'année précédente).

Les membres faisant l'objet des lettres d'entente 9 & 14 et les membres de la 1^{ère} réserve débardeurs 2^{ième} et 3^{ième} année à l'exception de l'invalidité de longue durée pour ces derniers seulement.

3.2 Définition de l'invalidité :

Pour avoir droit à des prestations, votre invalidité doit vous empêcher complètement d'exercer les tâches essentielles de votre fonction et exiger des soins médicaux continus.

3.3 Preuves d'invalidité :

Sur réception et approbation des preuves établissant votre invalidité, complétées par un médecin diplômé et admis à exercer, vous recevrez la prestation prévue au Régime de Bien-Être. Par ailleurs, les fiduciaires du Régime de Sécurité Sociale du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375, **SONT AUTORISÉS À FAIRE EXAMINER PAR UN MÉDECIN DE LEUR CHOIX, TOUT MEMBRE RECEVANT DES PRESTATIONS HEBDOMADAIRES. DANS L'ÉVENTUALITÉ OÙ LE MEMBRE NE SE PRÉSENTERAIT PAS AU RENDEZ-VOUS FIXÉ PAR LES FIDUCIAIRES, LES PRESTATIONS HEBDOMADAIRES SERONT AUTOMATIQUÉMENT ARRÊTÉES ET LES FRAIS D'EXAMEN ENCOURUS PAR LE RÉGIME POUR L'ANNULATION DU RENDEZ-VOUS DEVRONT ÊTRE REMBOURSÉS PAR LE MEMBRE.**

3.4 Prestations et modalités de paiement :

Invalidité de courte durée

Tout membre doit obligatoirement effectuer une demande d'assurance-emploi dès le début de son invalidité ou de son retrait préventif pour une grossesse. À défaut de s'y conformer, le membre ne sera pas éligible aux prestations hebdomadaires versées par le Régime de Bien-Être pour la durée correspondant à la première et deuxième période. Sur réception d'un avis de l'assurance-emploi attestant que le membre ne possède pas le nombre de semaines d'emploi assurables requis par la Loi de l'assurance-emploi, un membre qui est incapable de travailler pourra bénéficier des prestations d'invalidité de longue durée du Régime de Bien-Être.

Première période : Une période d'attente non rémunérée d'une (1) semaine doit être servie pour une nouvelle demande, tant par le Régime de Bien-Être que par l'assurance-emploi, que celle-ci résulte d'un accident ou d'une maladie. Toutefois, le Régime de Bien-Être, en cas d'hospitalisation (d'un minimum de 24 heures et/ou pour une chirurgie d'un jour et/ou pour des traitements de chimiothérapie/radiothérapie) versera la prestation dès la première journée d'hospitalisation (cependant, nous tenons compte des gains reçus dans ladite période). Lors d'un accident de la route si une demande est déposée à la SAAQ, le délai de carence de sept (7) jours sera rémunéré par le Régime de Bien-Être sous forme de prestation hebdomadaire.

La prestation hebdomadaire payée par le régime correspond à 60 % du taux horaire de base prévu par la convention collective à raison de 40 heures semaine. Si l'invalidité est inférieure à une semaine, ladite prestation sera d'un septième pour chaque jour d'invalidité.

Deuxième période : Pendant les 15 semaines suivantes, vous recevrez des prestations versées par l'assurance-emploi. Le Régime de Bien-Être versera une prestation par le biais de son PSAC maladie qui sera calculée de la façon suivante : la différence entre 60 % du taux horaire de base à raison de 40 heures par semaine et le versement maximal payable établi par l'assurance-emploi.

Dans le cas où la prestation est inférieure à une semaine complète, ladite prestation sera d'un septième pour chaque jour d'invalidité, tout en considérant les gains obtenus durant cette même période et par le fait même que vous soyez admissible aux prestations de l'assurance-emploi.

Un PSAC maladie sera également versé aux prestataires du *Régime Québécois d'assurance parentale (RQAP)* sur présentation de la lettre d'acceptation du RQAP indiquant ainsi le régime choisi ainsi que le montant établi des prestations. Le PSAC sera alors calculé de la même façon que ci-haut mentionné.

Invalidité de longue durée

Protection offerte seulement aux membres bénéficiant de la sécurité d'emploi de plus de 3 mois d'accession. Les membres de la 1^{ère} réserve hommes d'entretien bénéficieront de cette couverture après avoir cumulé 520 heures reconnues.

Troisième période : Après un délai de carence de 119 jours pour une invalidité totale, des prestations hebdomadaires seront versées par la suite par l'assureur, sans toutefois dépasser le 31 décembre coïncidant avec ou suivant le 60^e anniversaire de naissance. La prestation hebdomadaire payée par l'assureur, correspond à 60 % du taux horaire de base prévu par la convention collective à raison de 40 heures semaine. Si l'invalidité est inférieure à une semaine, ladite prestation sera d'un septième pour chaque jour d'invalidité, et ce, sans excéder le taux horaire de base hebdomadaire.

Advenant une différence de jours entre la 2^{ième} période et celle de la prise en charge de l'assureur, le Régime de Bien-Être versera des prestations hebdomadaires au même titre que cette dernière pour le nombre de jours manquants.

Dans le cas de retour progressif, ladite prestation sera d'un cinquième pour chaque jour d'invalidité, et ce, sans excéder le taux horaire de base hebdomadaire.

3.5 Coordination des prestations :

Votre prestation est réduite, s'il y a lieu, de la prestation initiale de la rente d'invalidité de la Régie des Rentes du Québec (RRQ) à laquelle vous pourriez avoir droit sans tenir compte de son indexation future. Le membre doit effectuer sa demande auprès de l'organisme approprié dès que les fiduciaires lui en font la demande. À défaut de preuves de refus, les fiduciaires du Régime de Sécurité Sociales diminueront les prestations payées en vertu du Régime des montants de la RRQ en invalidité auxquels le membre aurait droit s'il en faisait la demande. Votre prestation est réduite, s'il y a lieu, de la prestation de la SAAQ, de la CSST ou de tout autre organisme public versant des rentes d'invalidité.

3.6 Conflits : grève et lock-out :

Étant donné que les prestations hebdomadaires d'invalidité ont pour objet de compenser une perte de salaire, aucun versement ne sera fait pour une incapacité qui commencera au cours d'une grève ou d'un lock-out et ce, pour la durée du conflit.

Toutefois, les prestations payables pour une invalidité ayant débuté avant une grève ou un lock-out continueront d'être versées pour la période prévue par le Régime.

4. FRAIS MÉDICAUX ET HONORAIRES PROFESSIONNELS

4.1 Couverture :

Le Régime de Bien-Être s'engage à rembourser les frais médicaux et les honoraires suivants, à condition expresse qu'ils aient été dispensés au Canada.

4.2 Limite au remboursement :

Si votre conjoint bénéficie d'une assurance collective à son travail, les frais médicaux et les honoraires professionnels devront obligatoirement être remboursés en premier lieu par son propre Régime. Seuls les frais admissibles non remboursés par son assurance pourront être réclamés au Régime de Bien-Être.

Il n'y aura aucun remboursement de frais pour des soins couverts par la RAMQ (Régie de l'assurance-maladie du Québec). De plus, les frais médicaux et les honoraires professionnels reçus par le membre durant la période où il reçoit des indemnités de la CSST (Commission de la santé et de la sécurité au travail), de la SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec) ou de tout autre organisme public seront seulement remboursables sur preuve de refus de remboursement par ledit organisme.

4.3 Frais médicaux :

4.3.1 Soins hospitaliers:

Les frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée sont sans limite quant au nombre de jours. Cependant, dans le cas de maladies chroniques nécessitant une hospitalisation pour des soins prolongés à l'intérieur de départements ou d'hôpitaux spécialisés dans ce genre de soins, les frais d'hospitalisation sont limités à 180 jours par année civile.

4.3.2 Transport en ambulance :

Les frais de transport en ambulance (aller et retour) au plus proche hôpital pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien et par train en cas d'urgence.

4.3.3 Médicaments :

Les médicaments d'usage courant, sous ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste et nécessitant une prescription, qui sont autorisés à la vente au Canada et utilisés pour les fins auxquels ils sont reconnus seront remboursés comme suit :

- Médicament unique (dont il n'existe pas d'équivalent générique): remboursement du coût à 100%;
- Médicament original (dont il existe une copie générique): remboursement du coût à 70 %;
- Médicament générique: remboursement à 100 %.

Tous les produits inscrits sur la liste de la RAMQ en vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments* sont couverts.

- traitement au laser pour cesser de fumer : remboursable à 80 % jusqu'à concurrence de 625 \$, 1 traitement à vie.
- traitements au « SYNVISIC » : remboursables à 80 % jusqu'à

concurrence de 350 \$ par injection à raison de 2 injections (toutefois pas pour la même région traiter auparavant) par personne par année civile.

- vaccins (de toutes sortes) : remboursable à 80 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne par année civile.

Les produits suivants sont exclus qu'ils soient considérés ou non comme médicaments :

- analgésiques topiques (antiphlogistine et autres);
- anesthésiques topiques;
- antiacides et digestifs (Maalox et autres);
- antidiarrhéiques (Kao-Pectate et autres);
- antinauséux (Gravol et autres);
- antisudorifiques;
- azote liquide;
- calcium, minéraux, vitamines, multivitamines et fluor;
- compresses, bandages, pansements, ruban adhésif, premiers soins et bandages spécialisés;
- contraceptifs : condoms, diaphragmes, spermicides;
- couches (matériel pour incontinence);
- dentifrice;
- eaux minérales;
- émollients épidermiques (crèmes hydratantes pour la peau);
- gelées et mousses contraceptives et prophylactiques;
- homéopathie (produits);
- huile de teint (écran solaire);
- laxatifs;
- médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- nourritures pour nourrissons, y compris les substituts de lait;
- produits de beauté;
- produits de régime servant à compléter ou à remplacer l'alimentation (anorexigènes);
- produits dits naturels;
- produits pour soins esthétiques, cosmétiques;
- produits pour les yeux et oreilles (sans prescription);
- produits servant à des fins d'insémination artificielle (stimulants de la fertilité);
- savons, shampooings;
- traitement de la calvitie;
- traitement de la dysfonction érectile.

N.B. : Cette liste est produite à titre d'information seulement, elle n'est pas exhaustive.

4.3.4 Équipements divers : **(Sous recommandation d'un médecin)**

Les frais de location ou, sur autorisation expresse des fiduciaires, d'achat de chaise roulante, lit d'hôpital, appareil d'assistance respiratoire (à l'achat : 1 par période de 60 mois) et autres appareils médicaux que l'on retrouve habituellement dans les hôpitaux.

L'achat, la location, la réparation ou le remplacement de pompe à insuline, sous réserve du respect des critères de volatilité du taux de diabète.

Les frais d'achat d'attelles, béquilles, accessoires sophistiqués, I.V. ambulants, matériel pour stomies, bandages herniaires et supporteurs.

L'achat de sang, de plasma et d'oxygène.

L'achat de membres artificiels, appareil orthopédique ou chirurgical et autres prothèses externes (orthèses), sur recommandation médicale d'un orthopédiste ou d'un physiatre.

L'achat de lentilles intra-oculaire suite à une chirurgie pour cataracte.

Les frais d'achat, de réparation ou de remplacement d'appareils auditifs (par période de 60 mois).

Jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par famille par année civile. (sujet à approbation par les fiduciaires)

4.3.5 Chaussures orthopédiques : **(Sous recommandation d'un médecin)**

Le coût d'achat de chaussures orthopédiques qui font partie d'un appareil orthopédique ou qui sont faites sur mesure pour la personne, y compris les modifications apportées à ces chaussures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.

4.3.6 Bas de soutien : **(Sous recommandation d'un médecin)**

Les frais d'achat de bas conçus spécialement pour le traitement des varices ou pour des problèmes reliés au diabète, jusqu'à concurrence de 6 paires, maximum 300 \$, par personne par année civile.

4.3.7 Glucomètres : **(Sous recommandation d'un médecin)**

Les frais d'achat d'un glucomètre ou de tout appareil du même genre destiné au contrôle du diabète ainsi que la mallette permettant son déplacement, jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne par période de 60 mois.

4.3.8 Bâtonnets réactifs, tampons et aiguilles :

Les frais d'achat de seringues, de bâtonnets réactifs, de tampons et d'aiguilles nécessaires à une personne diabétique.

4.3.9 Soins médicaux d'exceptions : **(Sous recommandation d'un médecin)**

Dans le cas de procédures médicales relatives à une maladie grave (cancer, diabètes, etc...) et ***sujet à approbation par le comité de fiduciaires***, les frais reliés aux consultations et examens en clinique privée pourront être remboursés à raison de 80 %, jusqu'à concurrence de 500,00\$ annuellement, par personne. Cette couverture s'appliquera uniquement dans les cas où l'attente dans le réseau publique de santé sera hors-normes.

4.4 Honoraires professionnels

4.4.1 Honoraires d'un chiropraticien :

Les honoraires d'un chiropraticien, membre en règle de cette association professionnelle reconnue, jusqu'à concurrence de 40 \$ par jour et de 600 \$ par personne par année civile, incluant le coût des radiographies.
Un seul traitement par jour pour la même personne est sujet à prestation.

Les frais d'évaluation faite par un chiropraticien, membre en règle de son association professionnelle sont remboursés jusqu'à concurrence de 75 %. Le montant de ce remboursement est compris dans le montant annuel de 600 \$, par personne, par année civile.

4.4.2 Honoraires d'un physiothérapeute et/ou ostéopathe :

Les honoraires d'un physiothérapeute et/ou ostéopathe membre en règle d'une association professionnelle reconnue, ou d'un technicien en réadaptation physique, jusqu'à concurrence de 600 \$ par personne, par année civile.
Un seul traitement par jour pour la même personne est sujet à prestation.

4.4.3 Honoraires d'un psychiatre, psychologue, psychothérapeute et autre (professionnel en psychologie):

Les honoraires d'un professionnel en psychologie, membre en règle d'une association professionnelle reconnue, jusqu'à un maximum de 75 \$ pour chaque consultation et de 900 \$ par personne, par année civile.

Les frais d'évaluation faite par un professionnel en psychologie, membre en règle de son association professionnelle sont remboursés jusqu'à concurrence de 75 %. Le montant de ce remboursement est compris dans le montant annuel de 900 \$, par personne, par année civile.

4.4.4 Honoraires d'un infirmier : (Sous recommandation d'un médecin)

Les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire, membre en règle d'une association professionnelle reconnue (à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison du participant ou qui fait partie de la famille) jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne assurée, par année civile.

4.4.5 Honoraires d'un chirurgien dentiste :

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies lors d'un accident, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident.

4.4.6 Honoraires des professionnels membres de d'autres associations reconnues :

Les honoraires d'un ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste ou oxygénothérapeute sous recommandation d'un médecin.

Sont aussi reconnus et acceptés, les honoraires d'un homéopathe, podiatre, naturopathe ou acupuncteur ou de tout autre membre en règle d'une association professionnelle reconnue.

Pour l'ensemble de ces professionnels (excluant ceux énumérés et couverts aux points 4.4.1 à 4.4.5 inclusivement) une limite de 40 \$ par traitement jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile, sera applicable.

Un seul traitement par jour par personne assurée est sujet à prestation.

4.4.7 Sérums et injections :

Les frais de sérums et d'injections obtenus sur ordonnance médicale (conformément aux médicaments couverts au point 4.3.3) et administrés par un médecin ou un infirmier licencié. Toutefois, les frais encourus pour l'acte médical ne sont pas couverts.

Traitements de varices (d'ordre médical et non esthétique), une limite de 50 \$ par visite pour les injections jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.

Médicament injecté pour une anesthésie locale, une limite de 50 \$ par injection jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.

4.4.8 Stérilets :

Le coût d'achat des stérilets insérés par un médecin.

4.4.9 Thérapie reliée à un problème de dépendance ou co-dépendance :

Un compte de 2500 \$ pour chaque membre actif et ses dépendants est disponible pour les thérapies reliées à une dépendance ou co-dépendance.

Ces thérapies sont prodiguées en cliniques privées reconnues comme étant spécialisées dans le traitement des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de tout autre problème similaire. Toutes les thérapies doivent être suivies sous la supervision exclusive du responsable du programme d'aide aux employés

La mise en application de ce compte de thérapie débute au 1er janvier 2011. Tout montant assumé antérieurement à cette date par le Régime pour des thérapies sera soustrait du montant de 2500 \$.

Tous les cas d'exception devront faire l'objet d'une décision du Comité des fiduciaires.

Les frais de thérapie seront assumés par le Régime de Bien-Être seulement si le membre la complète.

4.4.10 Banque individuelle pour soins médicaux :

Le solde inutilisé du crédit annuel de 200 \$ par année octroyé à chacun des membres jusqu'à la fin de l'année 1997 peut être utilisé pour le remboursement de toutes dépenses visant à corriger la vue (examen de la vue effectué par un optométriste, montures de lunettes, verres correcteurs, lentilles cornéennes, opération au laser, etc.), les honoraires d'un dentiste ou d'un denturologiste non remboursés par le plan dentaire ainsi que tous les autres frais médicaux.

4.4.11 Soins visuels :

(soumettre avec une copie de votre prescription)

L'examen de la vue est remboursable à 100% jusqu'à concurrence de 50\$ par personne, par année civile.

Les frais d'achat de lunettes et lentilles cornéennes pour correction de la vue prescrits par un ophtalmologiste ou par un optométriste ainsi que l'opération au laser sont remboursables à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par période de 2 années civiles.

4.4.12 Radiographies :

(Sous recommandation d'un médecin)

Les frais de radiographies, de SCAN ou de résonance magnétique effectués en clinique privée sont remboursables à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année civile.

5. SOINS DENTAIRES

5.1 Généralités :

Le Régime de Sécurité Sociale a mis en place un plan de soins dentaires offert aux membres actifs ainsi qu'à leurs dépendants. La couverture en vigueur est décrite ci-après.

TABLEAU DES SOINS DENTAIRES COUVERTS

Garantie	Coassurance	Franchise	Maximum payable par personne
5.2 Module A*	100 %	s.o.	
Prévention			Modules A et B combinés
			1 500 \$ par année civile
5.3 Module B*	80 %	s.o.	
Restauration de base			
5.4 Module C*	80 %	s.o.	1 500 \$ par année civile
Restauration majeure et prothèse fixe			
(1 prothèse « standard » par période de 60 mois)			
5.5 Module D*	50 %	s.o.	2 000 \$ à vie
Orthodontie			

* : Tarif ACDQ de l'année courante

5.2 Module A - Prévention :

5.2.1 Diagnostic :

- examen buccal complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs;
- examen de rappel ou périodique jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs;
- examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par la RAMQ jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs;
- examen d'urgence et/ou d'un examen d'un aspect particulier et/ou d'un examen parodontal complet jusqu'à concurrence de 2 de ces examens par période de 12 mois consécutifs;

5.2.2 Radiographies :

- radiographies intra-orales - extra-orales - interprétation de radiographies provenant d'une autre source lorsqu'elles ne font pas déjà partie d'un examen.
- radiographie panoramique jusqu'à concurrence d'une radiographie par période de 60 mois consécutifs;
- tests et examens de laboratoire;

5.2.3 Prévention :

- un polissage (prophylaxie) par période de 6 mois consécutifs et un détartrage par période de 6 mois consécutifs, maximum de 8 unités par période de 12 mois consécutifs;
- programme de contrôle de la plaque dentaire jusqu'à concurrence d'un remboursement par période de 60 mois consécutifs;

pour les personnes à charges de moins de 14 ans;

- application topique de fluorure jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs;
- application de scellant des puits et fissures (seulement sur les postérieures permanentes) jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 36 mois consécutifs pour une même dent;
- meulage interproximal des dents jusqu'à concurrence de 2 traitements par période de 12 mois consécutifs;
- odontotomie prophylactique et/ou améloplastie, jusqu'à concurrence d'un remboursement par période de 36 mois consécutifs pour une même dent;

5.3 Module B – Restauration de base :

5.3.1 Dents primaires :

même dent et surface non remboursable pour une période de 24 mois consécutifs

- antérieure ou postérieure en amalgame;
- antérieure en composite;

5.3.2 Dents permanentes :

même dent et surface non remboursable pour une période de 24 mois consécutifs;

- antérieure et prémolaire en composite ou en amalgame;
- molaire en amalgame ou en composite jusqu'à concurrence du montant payable pour un amalgame;
- tenons pour restauration en amalgame ou en composite;
- pour les personnes à charge de moins de 26 ans, restauration préventive en résine;

5.3.3 Endodontie :

- **urgence endodontique :**
 - pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage (acte d'urgence distinct);
- **traitement endodontiques généraux :**
 - thérapie canalaire, apexification;
- **chirurgie endodontique :**
 - apectomie, apectomie et traitement de canal conjoints, apectomie et obturation rétrograde, amputation de racine, réimplantation intentionnelle, hémisection;

5.3.4 Parodontie :

- soins d'une infection aiguë et autres lésions;
- application d'agent désensibilisant (2 séances par année civile);
- surfaçage radiculaire jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 12 mois consécutifs pour une même dent;
- **chirurgie parodontale :**
 - gingivoplastie, gingivectomie, correction par ostéoplastie/ostectomie, greffes de tissus mous, greffe osseuse, résection de fibres gingivales, fibrotomie, wedge proximal, chirurgie exploratoire;
 - jumelages ou ligatures provisoires;
 - ablation ou recimentation d'un jumelage provisoire;
 - équilibration mineure de l'occlusion jusqu'à concurrence de 2 fois par année civile;
 - équilibration majeure de l'occlusion jusqu'à concurrence d'une séance par année civile;
 - appareil parodontal pour contrôler le bruxisme;

5.3.5 Chirurgie buccale :

- ablation d'une dent ayant fait éruption avec/ou sans complication;
- déplacement chirurgical de dent, énucléation;
- alvéoloplastie - ostéoplastie et tuberoplastie;
- ablation de tissu hyperplasique – par radiochirurgie ou par dissection;
- ablation de surplus de muqueuse – par radiochirurgie ou par dissection;
- extension des replis muqueux avec épithélisation secondaire;
- ablation d'une tumeur;
- ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulôme intra-osseux;
- incision et drainage chirurgicaux;
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux et ablation d'un corps étranger dans le tissu mou;
- lacération de tissu mou et lacération de part en part;
- frénectomie;
- antrum - recouvrement de corps étranger et antrum, lavalge;
- fistule oroantrale - fermeture;
- hémorragie - contrôle;

5.3.6 Services généraux :

- sédation consciente, fourniture d'installation pour anesthésie générale seulement;

5.4 Module C – Restauration majeure et prothèse fixe :

5.4.1 Restaurations diverses :

- facettes – antérieures et prémolaires permanentes jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 60 mois consécutifs pour une même dent;
- incrustation;

5.4.2 Prothèses fixes :

- couronne;
- corps coulé;
- pivot préfabriqué;
- reconstitution d'une dent;
- ponts;
- ablation d'un pont devant être recimenté;
- immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique en vue de souder une fracture;
- recimentation d'un pont fixe incluant pont Papillon – Maryland – Rochette ou autres;
- réparation d'un pont fixe; (voir point 5.4.4).
- réparation de couronnes; (voir point 5.4.4)

5.4.3 Prothèses amovibles

- prothèse complète permanente standard – immédiate;
- prothèse partielle amovible standard;
- réparation d'une prothèse complète ou partielle avec ou sans empreinte; (voir point 5.4.4).
- ajouts de structure à un partiel; (voir point 5.4.4).
- nettoyage;
- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle; (voir point 5.4.4).
- rebasage – jump; (voir point 5.4.4).
- garnissage temporaire thérapeutique;

5.4.4 Restrictions concernant les prothèses (complètes et partielles) amovibles et fixes (incrustation avec ou sans recouvrement, facette, couronne, pilier, pontique, aileron, pivot etc...)

- le remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sera remboursable à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante;
- le remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sera remboursable seulement si la prothèse a été mise en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur et qu'il se soit écoulé au moins 5 ans.
- la réparation, l'ajout de structure ou de dent, le regarnissage et le re-basage, sera remboursable seulement si la prothèse amovible a plus de 3 ans.

N.B. : une seule restauration majeure ne sera payable sur une même dent par période de 60 mois;

5.5 Module D - Orthodontie :

5.5.1 Radiographies :

- de la main et du poignet comme aide-diagnostic au traitement dentaire.

5.5.2 Services généraux :

- examen complet d'orthodontie;
- ajustements, modifications ou recimentation;
- appareils amovibles;
- appareils fixes – bilatéraux et unilatéraux;
- éruption forcée d'une dent;
- contrôles des habitudes buccales;
- appareils de rétention;
- traitement d'orthodontie complet majeur - en deux phases;

5.6 Dispositions générales :

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement encourus (usuels et courants), recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire et dont le coût n'excède pas les tarifs de l'ACDQ présentement en vigueur. S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, le Régime rembourse les frais les moins élevés à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

5.7 Exclusions et réduction de la garantie :

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par le Régime pour les traitements dentaires suivants :

1. Les traitements dentaires gratuits ou que l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer, s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible, ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat.
2. Les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de *la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de *la Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou de toute autre Loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré.
3. Les traitements et articles dentaire qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire ne sont pas requis au point de vue dentaire; ou qui ne sont pas recommandés ou approuvés par le dentiste traitant ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
4. Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris le blanchiment, la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
5. Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que l'assuré s'est infligée volontairement qu'il soit sain d'esprit ou non ou par suite de guerre ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
6. Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par le Régime ou pour des informations additionnelles requises par le Régime; également pour toute rédaction de copie du dossier, rapport, duplicata de radiographies, modèles d'étude, expertise dentolégale, visite à domicile ou tout autre frais de déplacement, ainsi que le coût de son transfert et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
7. Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec l'assuré; pour consultation avec un autre dentiste.

8. Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la ré-instruction d'hygiène buccale et pour tous protecteurs buccaux.
9. Les frais encourus alors que la présente garantie n'était pas en vigueur.
10. Les implants ou tout autre traitement relié aux implants.
11. Tous les soins reliés aux dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire, douleurs myofaciale ou les soins nécessaires pour corriger les problèmes d'occlusion. (dimension verticale de l'occlusion, plan occlusal etc...)
12. Gouttière porte-médicaments et application topique d'un antimicrobien, application intrasulculaire d'agent antimicrobien et ou chimiothérapeutique à dégradation lente, pansement sédatif.
13. hypnose ou acupuncture.

De plus, les prestations de tout assuré référant aux soins encourus d'après un plan de traitement établi avant la date d'entrée en vigueur de cette garantie ne sont pas admissibles en vertu de cette assurance.

SECTION B : Les membres de la 1^{ère} réserve (débardeur 1^{ère} année)

1. ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS

Personnes couvertes :

Membres de la 1^{ère} réserve (débardeur 1^{ère} année) : Membres en règle du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375 et qui travaillent pour un employeur membre de l'Association des Employeurs Maritimes au port de Montréal.

Les membres de la première réserve de soutien couverts sous le régime de garantie de 900 heures (article 16 de la convention collective) bénéficient de toutes les protections offertes en vertu de la section B jusqu'à leur premier anniversaire de leur date d'adhésion. Le conjoint et les enfants à charge sont également admissibles à certaines couvertures. L'admissibilité du conjoint et des enfants à charge est cependant conditionnelle à ce que le membre se qualifie comme admissible en vertu de la présente section.

Le membre de la première réserve de soutien qui se retire du régime de garantie de 900 heures pour cause de non-disponibilité doit rencontrer le critère de 425 heures travaillées dans l'année afin d'être admissible aux protections décrites dans la section B.

1.2 Annulation de la couverture du Régime de Bien-Être :

Il est entendu qu'un membre qui sera congédié cessera automatiquement d'être admissible au Régime de Bien-Être.

Votre protection au titre du présent Régime prendra également fin lors de celui des événements suivants qui se produira en premier :

1. lors de la résiliation du Régime de Bien-Être;
2. à la date de la mise à la retraite sauf pour les bénéfices payables aux préretraités et aux retraités;
3. la protection des charges de famille prend également fin lors de celui des événements suivants qui se produira le premier :
 - a) la résiliation de la couverture des charges de famille en vertu du Régime ou suite à une demande du membre suivant les conditions prévues plus haut;
 - b) lorsqu'un enfant ne se qualifie plus comme un enfant à charge.

b) lorsqu'un enfant ne se qualifie plus comme enfant à charge.

1.3 Exception :

Un membre qui sera congédié et qui contestera cette décision en arbitrage pourra continuer d'être couvert par le présent plan en faisant la demande auprès des fiduciaires qui en décideront, selon les exposés, lors d'une assemblée des fiduciaires.

2. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATIONS

2.1 Dispositions générales :

2.1.1 Bénéfices au décès des membres :

Les bénéfices au décès d'un membre sont payables, quelle qu'en soit la cause, le temps ou le lieu, pourvu que celui-ci soit alors admissible. Le paiement se fera en une somme unique au bénéficiaire qu'il aura désigné. Tout changement de bénéficiaire doit être conforme aux lois applicables.

2.1.2 Bénéfices au décès des charges de famille :

Les bénéfices au décès d'une des charges de famille sont payables, quelle qu'en soit la cause, le temps ou le lieu, en une somme unique au membre.

2.2 Tableau des bénéfices :

CATÉGORIES D'ASSURÉS	CAPITAL DE BASE
membre qualifié	75 000,00 \$
charge de famille (conjoint)	30 000,00 \$
charge de famille (enfant à charge)	15 000,00 \$

Dans le cas où la perte de vie est accidentelle, le capital de base est doublé. Un résumé des principales clauses du contrat se retrouvent à l'Annexe A.

3. FRAIS MÉDICAUX ET HONORAIRES PROFESSIONNELS

3.1 Couverture :

Le Régime de Bien-Être s'engage à rembourser les frais médicaux et les honoraires suivants, à condition expresse qu'ils aient été dispensés au Canada.

3.2 Limite au remboursement :

Si votre conjoint bénéficie d'une assurance collective à son travail, les frais médicaux et les honoraires professionnels devront obligatoirement être remboursés en premier lieu par son propre Régime. Seuls les frais admissibles non remboursés par son assurance pourront être réclamés au Régime de Bien-Être.

Il n'y aura aucun remboursement de frais pour des soins couverts par la RAMQ (Régie de l'assurance-maladie du Québec). De plus, les frais médicaux et les honoraires professionnels reçus par le membre durant la période où il reçoit des indemnités de la CSST (Commission de la santé et de la sécurité au travail), de la SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec) ou de tout autre organisme public seront seulement remboursables sur preuve de refus de remboursement par ledit organisme.

3.3 Frais médicaux :

3.3.1 Soins hospitaliers :

Les frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée sont sans limite quant au nombre de jours. Cependant, dans le cas de maladies chroniques nécessitant une hospitalisation pour des soins prolongés à l'intérieur de départements ou d'hôpitaux spécialisés dans ce genre de soins, les frais d'hospitalisation sont limités à 180 jours par année civile.

3.3.2 Transport en ambulance :

Les frais de transport en ambulance (aller et retour) au plus proche hôpital pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien et par train en cas d'urgence.

3.3.3 Médicaments :

Les médicaments d'usage courant, sous ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste et nécessitant une prescription, qui sont autorisés à la vente au Canada et utilisés pour les fins auxquels ils sont reconnus seront remboursés comme suit :

- Médicament unique (dont il n'existe pas d'équivalent générique): remboursement du coût à 75 %;
- Médicament original (dont il existe une copie générique): remboursement du coût à 70 %;
- Médicament générique: remboursement à 75 %.

Tous les produits inscrits sur la liste de la RAMQ en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments sont couverts.

- traitement au laser pour cesser de fumer : remboursable à 75 % jusqu'à concurrence de 625 \$, 1 traitement à vie.
- traitements au « SYNVISCO » : remboursables à 75 % jusqu'à concurrence de 350 \$ par injection à raison de 2 injections (toutefois pas pour la même région traiter auparavant) par personne par année civile.
- vaccins (de toutes sortes) : remboursable à 80 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne par année civile.

Les produits suivants sont exclus qu'ils soient considérés ou non comme médicaments :

- analgésiques topiques (antiphlogistine et autres);
- anesthésiques topiques;
- antiacides et digestifs (Maalox et autres);
- antidiarrhéiques (Kao-Pectate et autres);
- antinauséux (Gravol et autres);
- antisudorifiques;
- azote liquide;
- calcium, minéraux, vitamines, multivitamines et fluor;
- compresses, bandages, pansements, ruban adhésif, premiers soins et bandages spécialisés;
- contraceptifs : condoms, diaphragmes, spermicides;
- couches (matériel pour incontinence);
- dentifrice ;
- eaux minérales;
- émoullients épidermiques (crèmes hydratantes pour la peau);
- gelées et mousses contraceptives et prophylactiques;
- homéopathie (produits);
- huile de teint (écran solaire);
- laxatifs;

- médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- produits de beauté;
- produits de régime servant à compléter ou à remplacer l'alimentation (anorexigènes);
- produits dits naturels;
- produits pour soins esthétiques, cosmétiques;
- produits pour les yeux et oreilles (sans prescription);
- produits servant à des fins d'insémination artificielle (stimulants de la fertilité);
- savons;
- shampooings;
- traitement de la calvitie;
- traitement de la dysfonction érectile;

N.B. : Cette liste est produite à titre d'information seulement, elle n'est pas exhaustive.

3.4 Retrait préventif pour une grossesse :

Le membre qui recevra un arrêt de travail pour un retrait préventif dû à sa grossesse, devra fournir un billet médical justifiant l'arrêt et devra déposer une demande de chômage pour des prestations en maladie et y être admissible afin de recevoir des prestations que le Régime de Bien-Être versera pour une partie du délai d'attente ainsi que pour les 15 semaines payables par l'assurance-emploi par le biais de son PSAC maladie.

Le calcul du PSAC maladie est calculé de la façon suivante : la différence entre 60 % du taux horaire de base à raison de 40 heures par semaine et le versement maximal payable établi par l'assurance-emploi.

Un PSAC maladie sera également versé aux prestataires du *Régime Québécois d'assurance parentale (RQAP)* sur présentation de la lettre d'acceptation du RQAP indiquant ainsi le régime choisi ainsi que le montant établi des prestations. Le PSAC sera alors calculé de la même façon que ci-haut mentionnée.

4. SOINS DENTAIRES

4.1 Généralités :

Le Régime de Sécurité Sociale a mis en place un plan de soins dentaires offert aux membres actifs ainsi qu'à leurs dépendants. La couverture en vigueur est décrite ci-après.

TABLEAU DES SOINS DENTAIRES COUVERTS

Garantie	Coassurance	Franchise	Maximum payable par personne
4.2 Module A*	80 %	s.o.	
Prévention			Modules A et B combinés
			1 250 \$ par année civile
4.3 Module B*	60 %	s.o.	
Restauration de base			
4.4 Module C*	50 %	s.o.	1 250 \$ par année civile
Restauration majeure et prothèse fixe			
(1 prothèse « standard » par période de 60 mois)			

*** : Tarif ACDQ de l'année courante**

4.2 Module A - Prévention :

4.2.1 Diagnostic :

- examen buccal complet jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs;
- examen de rappel ou périodique jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs;
- examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par la RAMQ jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs;
- examen d'urgence et/ou d'un examen d'un aspect particulier et/ou d'un examen parodontal complet jusqu'à concurrence de 2 de ces examens par période de 12 mois consécutifs;

4.2.2 Radiographies :

- radiographies intra-orales - extra-orales - interprétation de radiographies provenant d'une autre source lorsqu'elles ne font pas déjà partie d'un examen.
- radiographie panoramique jusqu'à concurrence d'une radiographie par période de 60 mois consécutifs;
- tests et examens de laboratoire;

4.2.3 Prévention :

- un polissage (prophylaxie) par période de 6 mois consécutifs et un détartrage par période de 6 mois consécutifs, maximum de 8 unités par période de 12 mois consécutifs;
- programme de contrôle de la plaque dentaire jusqu'à concurrence d'un remboursement par période de 60 mois consécutifs;

pour les personnes à charges de moins de 14 ans;

- application topique de fluorure jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs;
- application de scellant des puits et fissures (seulement sur les postérieures permanentes) jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 36 mois consécutifs pour une même dent;
- meulage interproximal des dents jusqu'à concurrence de 2 traitements par période de 12 mois consécutifs;
- odontotomie prophylactique et/ou améloplastie, jusqu'à concurrence d'un remboursement par période de 36 mois consécutifs pour une même dent;

4.3 Module B – Restauration de base :

4.3.1 Dents primaires :

même dent et surface non remboursable pour une période de 24 mois consécutifs

- antérieure ou postérieure en amalgame;
- antérieure en composite;

4.3.2 Dents permanentes :

même dent et surface non remboursable pour une période de 24 mois consécutifs;

- antérieure et prémolaire en composite ou en amalgame;
- molaire en amalgame ou en composite jusqu'à concurrence du montant payable pour un amalgame;
- tenons pour restauration en amalgame ou en composite;
- pour les personnes à charge de moins de 26 ans, restauration préventive en résine;

4.3.3 Endodontie :

- **urgence endodontique :**
 - pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage (acte d'urgence distinct);
- **traitement endodontiques généraux :**
 - thérapie canalaire, apexification;
- **chirurgie endodontique :**
 - apectomie, apectomie et traitement de canal conjoints, apectomie et obturation rétrograde, amputation de racine, réimplantation intentionnelle, hémisection;

4.3.4 Parodontie :

- soins d'une infection aiguë et autres lésions;
- application d'agent désensibilisant (2 séances par année civile);
- surfaçage radiculaire jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 12 mois consécutifs pour une même dent;
- **chirurgie parodontale :**
 - gingivoplastie, gingivectomie, correction par ostéoplastie/ostectomie, greffes de tissus mous, greffe osseuse, résection de fibres gingivales, fibrotomie, wedge proximal, chirurgie exploratoire;

- jumelages ou ligatures provisoires;
- ablation ou recimentation d'un jumelage provisoire;
- équilibration mineure de l'occlusion jusqu'à concurrence de 2 fois par année civile;
- équilibration majeure de l'occlusion jusqu'à concurrence d'une séance par année civile;
- appareil parodontal pour contrôler le bruxisme;

4.3.5 Chirurgie buccale :

- ablation d'une dent ayant fait éruption avec/ou sans complication;
- déplacement chirurgical de dent, énucléation;
- alvéoloplastie - ostéoplastie et tubero-plastie;
- ablation de tissu hyperplasique – par radiochirurgie ou par dissection;
- ablation de surplus de muqueuse – par radiochirurgie ou par dissection;
- extension des replis muqueux avec épithélisation secondaire;
- ablation d'une tumeur;
- ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulôme intra-osseux;
- incision et drainage chirurgicaux;
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux et ablation d'un corps étranger dans le tissu mou;
- lacération de tissu mou et lacération de part en part;
- frénectomie;
- antrum - recouvrement de corps étranger et antrum, lavalge;
- fistule oroantrale - fermeture;
- hémorragie - contrôle;

4.3.6 Services généraux :

- sédation consciente, fourniture d'installation pour anesthésie générale seulement;

4.4 Module C – Restauration majeure et prothèse fixe :

4.4.1 Restaurations diverses :

- facettes – antérieures et prémolaires permanentes jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 60 mois consécutifs pour une même dent;
- incrustation;

4.4.2 Prothèses fixes :

- couronne;
- corps coulé;
- pivot préfabriqué;
- reconstitution d'une dent;
- ponts;
- ablation d'un pont devant être recimenté;
- immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique en vue de souder une fracture;
- recimentation d'un pont fixe incluant pont Papillon – Maryland – Rochette ou autres;
- réparation d'un pont fixe; (voir point 5.4.4).
- réparation de couronnes; (voir point 5.4.4)

4.4.3 Prothèses amovibles

- prothèse complète permanente standard – immédiate;
- prothèse partielle amovible standard;
- réparation d'une prothèse complète ou partielle avec ou sans empreinte; (voir point 5.4.4).
- ajouts de structure à un partiel; (voir point 5.4.4).
- nettoyage;
- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle; (voir point 5.4.4).
- rebasage – jump; (voir point 5.4.4).
- garnissage temporaire thérapeutique;

4.4.4 Restrictions concernant les prothèses (complètes et partielles) amovibles et fixes (incrustation avec ou sans recouvrement, facette, couronne, pilier, pontique, aileron, pivot etc...)

- le remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sera remboursable à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante;
- le remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sera remboursable seulement si la prothèse a été mise en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur et qu'il se soit écoulé au moins 5 ans.
- la réparation, l'ajout de structure ou de dent, le regarnissage et le rebasage, sera remboursable seulement si la prothèse amovible a plus de 3 ans.

N.B. : une seule restauration majeure ne sera payable sur une même dent par période de 60 mois;

4.5 Dispositions générales :

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement encourus (usuels et courants), recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire, et dont le coût n'excède pas les tarifs de l'ACDQ présentement en vigueur. S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, le Régime rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

4.6 Exclusions et réduction de la garantie :

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par le Régime pour les traitements dentaires suivants :

1. Les traitements dentaires gratuits ou que l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer, s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible, ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat.
2. Les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre Loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré.
3. Les traitements et articles dentaire qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire; ou qui ne sont pas recommandés ou approuvés par le dentiste traitant, ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
4. Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
5. Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.

6. Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par le Régime, ou pour des informations additionnelles requises par le Régime; également pour le temps de déplacement, le coût de son transfert et les conseils donnés par tout moyen de télécommunication.
7. Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec l'assuré; pour consultation avec un autre dentiste.
8. Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la ré-instruction d'hygiène buccale et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire; pour tous protecteurs buccaux.
9. Les frais encourus alors que la présente garantie n'était pas en vigueur.
10. Les implants ou tout autre traitement relié aux implants.
11. Tous les soins reliés aux dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire, douleurs myofaciale ou les soins nécessaires pour corriger les problèmes d'occlusion. (dimension verticale de l'occlusion, plan occlusal etc...)

De plus, les prestations de tout assuré référant aux soins encourus d'après un plan de traitement établi avant la date d'entrée en vigueur de cette garantie ne sont pas admissibles en vertu de cette assurance.

SECTION C : Les membres actifs âgés de plus de 65 ans

ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS

1.1 Personnes couvertes:

Membres en règle du Syndicat des débardeurs, S.C.F.P. section locale 375et qui travaillent **au moins 425 heures reconnues durant l'année précédente** pour un employeur membre de l'Association des Employeurs Maritimes au port de Montréal, y compris les officiers à temps plein du Syndicat des débardeurs et du Régime de Sécurité Sociale.

Le conjoint et les enfants à charge sont également admissibles à cette couverture

1.2 Co-assurance:

La co-assurance est une couverture complémentaire au Régime général d'assurance médicaments du Gouvernement du Québec administré par la *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ).

Les personnes couvertes bénéficient de la co-assurance. Ils sont toutefois seulement admissibles au remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ en vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments*.

1.3 Procédure de réclamation :

Les personnes couvertes doivent payer la partie non couverte par la Régie directement à la pharmacie et par la suite transmettre les reçus officiels (originaux) au bureau du Régime de Bien-Être qui procédera au remboursement.

1.4 Annulation de la couverture du Régime de Bien-Être :

Il est entendu qu'un membre qui perdra la sécurité d'emploi ou qui sera congédié cessera automatiquement d'être admissible au Régime de Bien-Être.

Votre protection au titre du présent Régime prendra également fin lors de celui des événements suivants qui se produira en premier :

1. lors de la résiliation du Régime de Bien-Être;
2. à la date de la mise à la retraite, sauf pour les bénéfices payables aux retraités;

3. la protection des charges de famille prend également fin lors de celui des événements suivants qui se produira le premier :
4.
 - a) la résiliation de la couverture des charges de famille en vertu du Régime ou suite à une demande du membre suivant les conditions prévues plus haut;
 - b) lorsqu'un enfant ne se qualifie plus comme un enfant à charge.

2. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATIONS

2.1 Dispositions générales :

2.1.1 Bénéfices au décès des membres :

Les bénéfices au décès d'un membre actif sont payables, quelle qu'en soit la cause, le temps ou le lieu, pourvu que celui-ci soit alors admissible. Le paiement se fera en une somme unique au bénéficiaire qu'il aura désigné. Tout changement de bénéficiaire doit être conforme aux lois applicables.

2.1.2 Bénéfices au décès des charges de famille :

Les bénéfices au décès d'une des charges de famille sont payables, quelle qu'en soit la cause, le temps ou le lieu, en une somme unique au membre.

2.2 Tableau des bénéfices :

Veillez vous référer à l'Annexe A.

3. COMPTE ANNUEL SOINS DE SANTÉ

3.1 Compte annuel pour soins de santé :

Un crédit de 800 \$ par année est octroyé à chaque participant retraité (exclusion faite des conjointes recevant une rente suite à un divorce). Ce montant est cumulable s'il n'est pas complètement utilisé dans l'année courante. Ce montant pourra être utilisé pour fin de remboursement de soins de santé, et ce, sur présentation de preuve en bonne et due forme et qui n'est pas couvert par la co-assurance des retraités présentement en vigueur (médicament non couvert par la RAMQ, soins de la vue, soins professionnels, soins dentaires, soins hospitaliers, etc...)

Les soins de santé doivent avoir été reçus par le retraité, sa conjointe ou ses enfants à charge, le cas échéant.

SECTION D : Les membres retraités et participants inactifs.

ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS

1.1 Personnes couvertes:

Membres retraités : Membres recevant des prestations mensuelles de retraite ou avec un fonds de pension ajourné du Régime de Sécurité Sociale. Le conjoint et les enfants à charge sont également admissibles à cette couverture.

Conjointes retraitées : Veuves ou divorcées recevant des prestations mensuelles de retraite du Régime de Sécurité Sociale.

Participants avec un fonds de pension ajourné : Veuves ou veufs, suite au décès de leurs conjoints (membre actif), (agé(e)s de plus de 55 ans).

Tout participant qui retire plus de 50% de son fonds de pension au moment de sa retraite ne pourra bénéficier des protections décrites dans la section C.

1.2 Co-assurance:

La co-assurance est une couverture complémentaire au Régime général d'assurance médicaments du Gouvernement du Québec administré par la *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ).

Les personnes couvertes bénéficient de la co-assurance. Ils sont toutefois seulement admissibles au remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ en vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments*.

1.3 Procédure de réclamation :

Les personnes couvertes doivent payer la partie non couverte par la Régie directement à la pharmacie et par la suite transmettre les reçus officiels (originaux) au bureau du Régime de Bien-Être qui procédera au remboursement.

1.4 Terminaison :

La protection du membre retraité cessera automatiquement à son décès. Quant à la protection offerte au conjoint, celle-ci cesse à la première des dates suivantes : au décès du membre retraité ou lorsque le conjoint ne répond plus à la définition de conjoint.

La protection de la conjointe retraitée ainsi que la conjointe avec un fonds de pension ajourné cessera automatiquement à leur décès.

La protection de la conjointe retraitée ainsi que la conjointe avec un fonds de pension ajourné cessera automatiquement à leur décès.

2. PROTECTION EN CAS DE DÉCÈS

2.1 Prestation consécutive au décès :

Lors du décès (membre retraité seulement), s'il survient durant la période pendant laquelle le membre était retraité du Régime de Sécurité Sociale, le bénéficiaire recevra une prestation de décès de 5 000 \$.

3. COMPTE ANNUEL SOINS DE SANTÉ

3.1 Compte annuel pour soins de santé :

Un crédit de 800 \$ par année est octroyé à chaque participant retraité (exclusion faite des conjointes recevant une rente suite à un divorce). Ce montant est cumulable s'il n'est pas complètement utilisé dans l'année courante. Ce montant pourra être utilisé pour fin de remboursement de soins de santé, et ce, sur présentation de preuve en bonne et due forme et qui n'est pas couvert par la co-assurance des retraités présentement en vigueur (médicament non couvert par la RAMQ, soins de la vue, soins professionnels, soins dentaires, soins hospitaliers, etc...)

Les soins de santé doivent avoir été reçus par le retraité, sa conjointe ou ses enfants à charge, le cas échéant.

Dans l'année où un participant actif prend sa retraite, un montant de 66,67\$ sera crédité à son compte de soins de santé pour chaque mois suivant la date de sa retraite.

SECTION E : Participants inactifs avec fonds de pension ajourné âgés de moins de 55 ans

1. ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS

1.1 Personnes couvertes :

Participants inactifs (âgés de moins de 55 ans) avec un fonds de pension ajourné au RSSSD suite au décès d'un membre actif décédé.

Les participants inactifs bénéficient de toutes les protections offertes en vertu de la section D. Les enfants à charge sont également admissibles à ces couvertures. L'admissibilité des enfants à charges est cependant conditionnelle à ce que la conjointe se qualifie comme admissible en vertu de la présente section.

1.2 Terminaison :

Toute protection prendra automatiquement fin à la première des deux dates suivantes : au décès du participants inactifs ou au transfert du fonds de pension ajourné du RSSSD.

2. FRAIS MÉDICAUX ET HONORAIRES PROFESSIONNELS

Veillez vous référer à la section A aux articles 4.

3. SOINS DENTAIRES

Veillez vous référer à la section A aux articles 5.

ANNEXE A

ENTRÉE EN VIGUEUR : LE 1^{er} OCTOBRE 2007

TABLEAU DES BÉNÉFICES

CATÉGORIES D'ASSURÉS	CAPITAL DE BASE
membre en règle (actif)	75 000 \$
charge de famille (conjoint)	30 000 \$
charge de famille (enfants à charge)	15 000 \$

DÉCÈS

Advenant une perte de vie, *Desjardins sécurité financière* versera la prime égale au capital de base établi selon chaque catégorie d'assurés (voir le tableau ci-haut).

DÉCÈS ACCIDENTEL ET MUTILATIONS (FIN DE PROTECTION À 70 ANS)

Pertes assurées

Si l'assuré subit une perte sujette aux couvertures du plan d'assurance (voir le tableau ci-dessous), directement attribuable à un accident dans les 365 jours suivant ledit accident, *l'Industrielle Alliance* versera la prestation après avoir reçu les pièces justificatives.

Au moment de la perte, pour chacune des catégories d'assurés, la prestation correspond à un **pourcentage du capital de base** (voir le tableau ci-dessous).

PERTES	POURCENTAGE %
Décès accidentel	100
Perte des deux mains	100
Perte des deux pieds	100
Perte de la vision des deux yeux	100
Perte d'une main et d'un pied	100
Perte d'une main et de la vision d'un œil	100
Perte d'un pied et de la vision d'un œil	100
Perte d'un bras	75

PERTES	POURCENTAGE %
Perte d'une jambe	75
Perte d'une main	66,66
Perte d'un pied	66,66
Perte de la vision d'un œil	66,66
Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main	33,33
Perte de tous les orteils d'un pied	25
Perte de la parole et surdité des deux oreilles	100
Perte de la parole	66,66
Surdité des deux oreilles	66,66
Surdité d'une oreille	25
Perte de l'usage des deux mains	100
Perte de l'usage des deux pieds	100
Perte de l'usage d'un bras	75
Perte de l'usage d'une jambe	75
Perte de l'usage d'une main	66,66
Perte de l'usage d'un pied	66,66
Hémiplégie	200
Paraplégie	200
Quadriplégie	200

En cas de pertes multiples, *l'Industrielle Alliance* prend en charge la perte ouvrant droit à la prestation la plus élevée.

Lorsque l'assuré subit plusieurs pertes par suite du même accident ou de la même maladie, la prestation payable ne peut excéder le montant du capital de base (sauf dans les cas suivants : l'hémiplégie, paraplégie et quadriplégie ; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut excéder 200% lorsque la prestation est payée du vivant de l'assuré).

Les pertes attribuables à un nouvel accident font l'objet d'une nouvelle demande d'indemnisation.

GARANTIES ACCESSOIRES EN CAS D'ACCIDENT

- 1. Rente payable en cas d'hospitalisation** : Un montant mensuel de 500 \$ pour le membre, 200 \$ pour le conjoint et 100 \$ pour un enfant à charge pour une période maximale de 12 mois.
- 2. Réadaptation professionnelle** : Jusqu'à concurrence de 10 000 \$.
- 3. Rapatriement** : Jusqu'à concurrence de 10 000 \$ lorsque le décès survient à plus de 150 km du domicile.
- 4. Déplacement d'un proche parent** : Jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par accident.
- 5. Étude des enfants** : 2 500 \$ par année par enfant à charge aux études pour les frais de scolarité pendant une période maximale de 4 ans.
- 6. Formation professionnelle au conjoint** : Jusqu'à 10 000 \$ de frais de réinsertion sur le marché du travail.
- 7. Modification du domicile et du véhicule** : Jusqu'à 10 000 \$ de frais si l'assuré doit utiliser un fauteuil roulant.
- 8. Garderie** : Jusqu'à 2 500 \$ par enfant de moins de 13 ans par année pendant un maximum de 4 ans.
- 9. Décès accidentel du conjoint et du membre actif à l'intérieur d'une période de 365 jours** : le montant du conjoint est augmenté de 30 000 \$.

N.B. : Les renseignements donnés dans cette section résument les bénéfices offerts en cas d'accident. Certaines restrictions peuvent s'appliquer. Seul le texte de la police décrivant ces garanties inclut l'ensemble des clauses permettant une juste évaluation des prestations payables.

RSSSD