

# **RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION ET SANTÉ**

***Garantie d'assurance maladie et hospitalisation  
applicable aux employés régis  
bureau, métiers, technologues et réseau***

**Assureur : Croix Bleue  
Groupe 68**

**Modifié le 1<sup>er</sup> janvier 2004**

## **TABLE DES MATIÈRES**

---

SOMMAIRE DU RÉGIME .....	1
STIPULATIONS GÉNÉRALES .....	4
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION .....	11
AVIS IMPORTANT .....	17

**Avertissement** : Ce document présente un résumé des dispositions du régime et ne remplace pas le contrat officiel.

**À noter que la forme masculine, utilisée dans le texte de la brochure pour plus de commodité, désigne tant les femmes que les hommes.**

## **SOMMAIRE DU RÉGIME**

---

### **CATÉGORIES D'ASSURANCE**

Employés temporaires, stagiaires ou permanents régis par un syndicat des groupes d'employés bureau, métiers, technologues et réseau, au service d'Hydro-Québec ou de toute filiale désignée par Hydro-Québec, à l'exception de toute personne régie par le décret de la construction.

*Les employés des autres groupes d'emploi à Hydro-Québec ainsi que les retraités admissibles ont accès à une protection différente.*

## ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION

### FRAIS D'HOSPITALISATION

• Franchise	Aucune
• Remboursement	100 %
• <u>Protection</u>	
– <b>Hôpital au Canada</b>	chambre semi-privée, séjour illimité
– <b>Hôpital ou maison de convalescence, de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques</b>	chambre semi-privée, maximum de 60 jours par 12 mois consécutifs (l'excédent est remboursable sous la section «Autres frais admissibles»)

### AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

• Franchise	25 \$ par année civile
• Remboursement	Variable selon les types de frais remboursables
• <u>Protection</u>	
– <b>Médicaments</b>	80% <sup>❶</sup>
– <b>Frais paramédicaux</b>	
○ <b>Psychologue et psychiatre</b>	50 % pour le psychologue et 80 % pour le psychiatre  Maximum payable combiné de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile pour ces deux professionnels
○ <b>Autres professionnels<sup>❷</sup></b>	80 %, maximum payable de 35 \$ par visite et remboursement maximal combiné de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
– <b>Hôpital ou maison de convalescence, de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques</b>	80 %, chambre semi-privée, en excédent de 60 jours d'hospitalisation par 12 mois consécutifs
– <b>Frais divers</b>	80 %

❶ La franchise de 25 \$ et le pourcentage de remboursement de 80 % s'appliquent jusqu'à ce que vous ayez déboursé le maximum prévu par la *Loi sur l'assurance médicaments* pour une année civile (en 2003 : 839 \$ par adulte). Ce maximum est révisé annuellement. Lorsque vous avez atteint ce maximum, les montants déboursés ultérieurement pour cette année civile, pour des médicaments admissibles, sont remboursables à 100 %. Les montants des enfants à charge assurés sont regroupés avec la personne adhérente pour l'obtention du maximum.

❷ Acupuncteurs, audiologistes, chiropraticiens, diététistes, ergothérapeutes, homéopathes, kinésithérapeutes, kinothérapeutes, massothérapeutes, naturopathes, orthophonistes, orthothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres et techniciens en réadaptation physique

---

## **AUTRES FRAIS ADMISSIBLES (suite)**

Sujets à l'application de la franchise annuelle de 25 \$  
et au pourcentage de remboursement de 80 %

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>radiographies prises par un chiropraticien</b></li></ul>        | maximum payable de 60 \$ par personne assurée, par année civile   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>appareil auditif</b></li></ul>                                  | maximum payable de 500 \$ par personne assurée, par période de 36 mois consécutifs                          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>prothèse capillaire</b></li></ul>                               | maximum payable de 500 \$ à vie par personne assurée  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>bas de contention ou chirurgicaux</b></li></ul>                 | maximum payable de 200 \$ par personne assurée, par année civile  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>soutien-gorge</b></li></ul>                                     | maximum payable de 100 \$ par personne assurée, par année civile  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques</b></li></ul> | maximum payable global de 300 \$ par année civile (en excédent de 100 \$ pour les chaussures orthopédiques) |

---

# STIPULATIONS GÉNÉRALES

---

## **DÉFINITIONS**

### **Personnes à charge**

i) **Conjoint**

Toute personne qui vous est unie par un mariage ou par union civile, légalement contracté au Québec ou ailleurs, reconnu par les lois du Québec et non dissous par divorce ou annulation; ou, à défaut, toute personne avec laquelle il est prouvé que vous cohabitez en permanence depuis un an ou une personne qui est le père ou la mère d'un enfant dont vous êtes la mère ou le père, que vous présentez publiquement comme conjoint et dont vous n'êtes pas séparé de fait depuis plus de trois mois.

ii) **Enfant à charge**

Votre enfant célibataire, de votre conjoint ou de vous deux, dépendant de vous pour son soutien, et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de 21 ans,
- quel que soit son âge, fréquente à plein temps, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement secondaire, collégial ou universitaire,
- quel que soit son âge, a été frappé d'invalidité totale avant qu'il n'ait atteint l'âge de 18 ans et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

### **Plan monoparental**

Seuls la personne adhérente et ses enfants à charge sont protégés dans un plan monoparental.

### **Hôpital**

Un centre hospitalier de soins de courte durée tel qu'établi en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou, à l'extérieur du Québec, tout établissement reconnu et régi par une loi équivalente, à l'exclusion des unités dans les hôpitaux destinées aux soins pour malades chroniques.

Le terme «hôpital» n'englobe pas les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux pour soins de longue durée, les hôpitaux antituberculeux, les sanatoriums, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les stations thermales, les dispensaires, de même que les autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde seulement.

### **Hôpital ou maison de convalescence, de réadaptation ou de soins pour malades chroniques**

Un établissement, une institution, une partie d'établissement ou d'institution ou une unité de soins qui sont légalement reconnus comme tels et destinés aux soins des patients alités. Les établissements ou parties d'établissements de soins infirmiers, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos, les centres d'hébergement et les centres pour alcooliques ou toxicomanes sont exclus.

«Malade chronique» désigne une personne qui, en raison d'un accident ou d'une maladie, est incapable d'accomplir sans aide les cinq activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle.

## **DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME**

La participation à l'assurance est facultative. Pour y adhérer, vous devez remplir et transmettre au Centre d'appels Retraite et Assurances (CARA) à Hydro-Québec le formulaire approprié de demande d'adhésion. Il est de même si vous désirez assurer votre conjoint et vos enfants à charge.

Pour obtenir le formulaire ou de l'information supplémentaire, communiquez avec le Centre d'appels Retraite et Assurances (CARA) en composant le **(514) 289-5252** ou, sans frais en Amérique du Nord, le **1-877-289-5252**.

### **LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS**

La Loi sur l'assurance médicaments du gouvernement du Québec oblige toute personne résidant au Québec à être protégée en vertu d'une garantie d'assurance médicaments à laquelle elle est admissible.

### **PRIMES D'ASSURANCE**

Les primes d'assurance sont périodiques (aux 14 jours) et payables par l'employé assuré. Les taux de primes sont révisés à des périodes régulières (habituellement sur base annuelle) selon les résultats financiers du régime.

### **CHANGEMENT D'ADRESSE**

Les employés doivent informer Hydro-Québec pour leur changement d'adresse.

L'assureur sera avisé par un lien électronique de ces changements d'adresse.

## **DATES D'ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE**

### **> Admissibilité lors de votre embauche**

Vous êtes admissible à l'assurance en vertu d'un plan individuel, monoparental ou familial à votre date d'entrée en service si la demande est signée avant ou dans les **30 jours** suivant cette date.

### **> Admissibilité en cours d'emploi**

Si la demande d'adhésion est signée avant ou dans les **30 jours** suivant la date de cessation d'un régime comparable (par exemple, lorsque vous n'êtes plus admissible au régime de votre conjoint ou à un autre régime), vous êtes admissible à l'assurance en vertu d'un plan individuel, monoparental ou familial le jour suivant cette date de cessation.

Si la demande d'adhésion est signée plus de **30 jours** suivant votre date d'entrée en service ou suivant la date de cessation d'un régime comparable, vous devenez admissible à l'assurance en vertu d'un plan individuel, monoparental ou familial le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de la demande.

## **DATES D'ADMISSIBILITÉ À UNE MODIFICATION DE PLAN**

➤ **Plan individuel à monoparental ou plan individuel à familial suite à la naissance ou à l'adoption d'un enfant**

Vous devenez admissible au changement de plan le jour de l'événement si votre demande est signée avant ou dans les **30 jours** suivant la date de l'événement.

Vous devenez admissible au changement de plan le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de votre demande si elle est signée plus de **30 jours** après la date de l'événement.

➤ **Plan individuel à familial ou plan monoparental à familial suite à un mariage, une union civile ou lorsque le conjoint de fait devient admissible ou suite à l'impossibilité pour le conjoint de maintenir sa protection en vertu d'un autre régime**

Vous devenez admissible au changement de plan le jour de l'événement si votre demande est signée avant ou dans les **30 jours** suivant la date de l'événement.

Vous devenez admissible au changement de plan le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de votre demande si elle est signée plus de **30 jours** après la date de l'événement.

➤ **Plan monoparental à individuel suite au décès d'un enfant à charge ou à la fin d'admissibilité d'un enfant à charge**

Vous devenez admissible au changement de plan le jour de l'événement si votre demande est signée avant ou dans les **30 jours** suivant la date de l'événement.

Vous devenez admissible au changement de plan le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de votre demande si elle est signée plus de **30 jours** après la date de l'événement.

➤ **Plan familial à individuel ou plan familial à monoparental suite au décès du conjoint, un divorce ou une dissolution d'une union civile**

Vous devenez admissible au changement de plan le jour de l'événement si votre demande est signée avant ou dans **les 30 jours** suivant la date de l'événement.

Vous devenez admissible au changement de plan le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de votre demande si elle est signée plus de **30 jours** après la date de l'événement.

➤ **Les changements de plan suivants, pour toute autre cause**

- Individuel à monoparental
- Individuel à familial
- Monoparental à individuel
- Monoparental à familial
- Familial à individuel
- Familial à monoparental

Vous devenez admissible au changement de plan que vous voulez effectuer le 1<sup>er</sup> janvier suivant immédiatement votre demande écrite.

## **DATE D'ADMISSIBILITÉ SUITE À UNE MODIFICATION DE VOTRE STATUT FAMILIAL**

### **Ajout d'un enfant ou d'un conjoint dans un plan familial existant ou d'un enfant dans un plan monoparental existant**

L'enfant ou le conjoint est assuré à compter de la date de l'événement si cette date est postérieure à la date d'entrée en vigueur du plan monoparental ou familial.

### **Changement de conjoint par mariage, par union civile ou de fait dans un plan familial existant**

Le nouveau conjoint est assuré à compter de la date de l'événement.

Vous devez informer par écrit la Croix Bleue à l'adresse suivante de tout changement concernant la participation d'un enfant dans un plan monoparental ou familial existant ou du conjoint dans un plan familial existant :

Croix Bleue du Québec  
Administration collective  
550, rue Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 1B9

N'oubliez pas d'inscrire le numéro de contrat (068) et de certificat d'assurance (votre matricule), le nom et le prénom des personnes à charge concernées, leur date de naissance, leur lien de parenté avec vous, l'existence ou non d'une autre couverture similaire et, pour le conjoint, la date du mariage, de l'union civile ou de la cohabitation.

À défaut de fournir ces informations, le traitement futur des demandes de règlement de vos personnes à charge pourrait occasionner un délai supplémentaire.

## **DATE D'ADMISSIBILITÉ SUITE À UNE DEMANDE DE TRANSFERT DU RÉGIME APRÈS DÉCÈS**

Suite à votre décès, votre conjoint ou votre enfant à charge qui était déjà assuré avec vous et qui bénéficie maintenant d'une rente au conjoint ou d'une rente à l'enfant (portion de rente) du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) peut faire transférer l'assurance à son nom vers la protection d'assurance maladie et hospitalisation prévue pour les retraités en choisissant un plan monoparental ou individuel dans les **60 jours** suivant la date de votre décès.

S'il y a lieu, le transfert prend effet le jour suivant la date du décès et aucune autre personne à charge ne pourra être ajoutée. La décision de ne pas transférer l'assurance est irrévocable.

En vertu de certaines des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, la protection d'assurance médicaments prévue par cette loi ne peut être transférée. Votre conjoint et vos enfants survivants devront alors s'inscrire au Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ afin de bénéficier de la protection médicaments prévue par la RAMQ.

## **ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE**

L'assurance entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

## **CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE PENDANT UNE ABSENCE AVEC OU SANS SOLDE**

Sous réserve du paiement des primes, l'assurance est maintenue pendant une absence autorisée, avec ou sans solde.

## **FIN DE L'ASSURANCE**

L'assurance prend fin au premier des événements suivants :

- le jour où vous ne remplissez plus les conditions d'admissibilité ou le jour où vous quittez l'entreprise, y compris pour le motif de retraite. (En tant que retraité, vous pourrez peut-être participer à la protection d'assurance maladie et hospitalisation à l'intention des retraités d'Hydro-Québec);
- le 31 décembre qui coïncide avec ou qui suit la date de votre demande écrite d'annulation de l'assurance;
- la date de résiliation du contrat;
- le dernier jour pour lequel les primes à votre égard ont été versées à l'assureur.

L'assurance de toute personne à charge prend fin au premier des événements suivants :

- la date de cessation de l'assurance de l'employé, à moins que la personne à charge ne se qualifie au transfert du régime après décès;
- le jour où elle ne répond plus à la définition de personne à charge;
- le 31 décembre qui coïncide avec ou qui suit la date de votre demande écrite d'annulation de l'assurance à l'égard de la personne à charge.

## **MAINTIEN DE L'ASSURANCE À LA RETRAITE**

Au moment de votre retraite, vous pouvez devenir admissible à la protection d'assurance maladie et hospitalisation offerte aux retraités et aux conjoints survivants si vous rencontrez au moins une des conditions suivantes :

- avoir au moins 10 années de service continu auprès de Hydro-Québec au moment de votre retraite et recevoir des prestations de retraite du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) à l'exclusion d'une rente différée ou d'une portion de rente ajournée, d'une rente au conjoint ou d'une rente à l'enfant; ou
- être un employé dont Hydro-Québec s'est séparé avant l'âge normal de la retraite, qui aurait été mis à la retraite à la demande d'Hydro-Québec avant l'âge normal de la retraite et qu'au moment de votre cessation d'emploi, vous n'aviez pas droit à une rente ou n'aviez droit qu'à une rente différée; ou
- être un employé permanent licencié par Hydro-Québec et qui, au moment du licenciement, avait au moins 10 ans de service auprès d'Hydro-Québec et 45 ans d'âge et avoir droit au versement de la «valeur de sa rente» ou être éligible à une rente différée; ou
- être un employé qui quitte Hydro-Québec à l'âge de 65 ans ou après.

## **DEMANDES DE RÈGLEMENT**

### **> Coordination des prestations**

Si vous, votre conjoint ou vos enfants à charge êtes également assurés en vertu d'un autre régime d'assurance, vous pouvez demander le remboursement des frais admissibles aux deux régimes. Le montant total des prestations provenant de toutes sources ne peut jamais excéder le montant des frais réellement engagés.

Les prestations payables en vertu de toute autre protection incluent les prestations auxquelles la personne assurée aurait eu droit si elle avait dûment soumis une demande de règlement.

### **RÈGLES APPLICABLES**

#### **Prestations gouvernementales**

Toutes les personnes assurées sont considérées comme étant assurées en vertu des lois de l'assurance hospitalisation et de l'assurance maladie du Québec.

Les prestations versées par l'assureur représentent les frais qui excèdent ceux payables par les régimes gouvernementaux. L'État est donc toujours le premier payeur.

Les conjoints et enfants survivants **qui participent au Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ** se font rembourser un pourcentage du coût total de chaque ordonnance afin que la différence entre le pourcentage alors assumé par la RAMQ et celui prévu en vertu du présent régime (80 %) soit comblée et ce, jusqu'à ce que la personne assurée ait atteint la contribution maximale par année civile fixée par la RAMQ. Aux fins de l'atteinte de cette contribution maximale, les enfants à charge assurés sont regroupés avec la personne adhérente.

#### **Frais encourus hors-Québec**

Les régimes d'assurance voyage sont les premiers payeurs par rapport au présent régime.

#### **Autre régime d'assurance collective**

Si vous, votre conjoint ou vos enfants à votre charge êtes également assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective :

- Vos propres frais doivent d'abord être présentés au présent régime.
- Les frais de votre conjoint doivent d'abord être présentés auprès de son régime.
- Les frais pour vos enfants doivent d'abord être présentés au régime du parent dont la date de naissance survient en premier dans l'année (sans égard à l'âge).

*Par exemple, si vous êtes né le 1er octobre et que votre conjoint est né le 25 avril, c'est au régime de votre conjoint qu'une demande de règlement doit d'abord être présentée.*

- Par la suite, les frais non remboursés (s'il y a lieu) peuvent être présentés auprès de l'autre régime. La deuxième demande doit être accompagnée du relevé de règlement reçu de la compagnie d'assurances du premier régime.

➤ **Délai pour procéder à une demande de règlement**

Les dépenses engagées doivent être soumises pour fins de règlement dans les **douze mois** qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés. **Ce délai ne s'applique pas aux frais engagés pour des médicaments payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments.**

**Seules les factures originales sont acceptées.**

Toute demande de règlement doit être envoyée à l'adresse suivante :

Croix Bleue  
C.P. 3300, succursale «B»  
Montréal (Québec)  
H3B 4Y5

POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATION, LA PERSONNE ASSURÉE PEUT S'ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE L'ASSUREUR EN TÉLÉPHONANT AU **(514) 286-8348** ou AU **1-800-645-8299**.

# **GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION**

---

## **CONDITIONS PRÉALABLES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS**

- Les frais doivent être engagés pour des personnes assurées et pendant que l'assurance est en vigueur.
- Les frais doivent être rendus nécessaires suite à une maladie, une grossesse ou un accident.
- Les frais sont sujets au pourcentage de remboursement et aux maximums applicables, de même qu'aux exclusions prévues par le régime.
- Les frais doivent être usuels, raisonnables et nécessaires du point de vue médical.
- Les soins doivent être préalablement recommandés par un médecin, à moins d'indication à l'effet contraire.

### NOTE RELATIVE AUX FRAIS PARAMÉDICAUX

Tous les professionnels de la santé qui rendent les services paramédicaux prévus par le présent régime doivent être dûment autorisés à exercer leur profession, être membres en règle de leur ordre, leur corporation ou leur association professionnels, reconnus par l'assureur, et doivent exercer leur profession dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

## **FRAIS D'HOSPITALISATION**

100 %, sans franchise

- hôpital au Canada : voir Sommaire du régime
- hôpital ou maison de convalescence, de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques : voir Sommaire du régime

## **AUTRES FRAIS ADMISSIBLES**

**Franchise** : la franchise est la partie des frais admissibles qui doit être défrayée par l'employé ou par l'une de ses personnes à charge assurées, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du présent régime. Elle ne s'applique qu'une fois par année civile et est indiquée au Sommaire du régime.

Les frais admissibles engagés au cours des **trois derniers mois** d'une année civile, et qui n'ont pu être utilisés parce qu'insuffisants pour satisfaire la franchise pour cette année-là, peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

**Pourcentage de remboursement** : lorsque vos frais admissibles dépassent le montant de la franchise, l'assureur rembourse l'excédent de ces frais selon le pourcentage indiqué au Sommaire du régime.

## 1) **Médicaments**

- i) Les frais de médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste. Ces frais doivent être engagés à l'intérieur du Québec ou dans une région limitrophe telle que définie dans cette même loi.

Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement.

- ii) Tout autre médicament ou produit disponible au Canada non spécifié au paragraphe précédent, dispensé par un pharmacien (un médecin ou un dentiste autorisés dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), obtenu sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste et qui est utilisé au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique anormal ou de leurs symptômes ou en vue de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques d'une personne assurée, et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 90 jours. Ce médicament ou produit prescrit doit :

- être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne;
- porter un numéro D.I.N. (Drug Identification Number);
- faire partie de la liste dressée et mise à jour par l'Association québécoise des pharmaciens (A.Q.P.P.) ou, à défaut d'une telle liste, toute autre liste équivalente;
- être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles ce médicament ou produit est autorisé.

### **Particularités**

- Les injections sclérosantes sont remboursées sous réserve du montant maximum alloué par l'assureur.
- Les médicaments reliés aux traitements de fertilité sont admissibles, sauf pour la fécondation extra-corporelle.
- Dans le cas des médicaments reliés au traitement de la dysfonction érectile : le remboursement est effectué s'il y a présentation, à la satisfaction de l'assureur, d'une attestation écrite d'un médecin spécialiste et sous réserve du montant maximum par semaine et par année alloué par l'assureur.
- Dans le cas des médicaments reliés à un programme d'amaigrissement : le remboursement est effectué si la personne assurée suit un programme d'amaigrissement reconnu par l'assureur, basé sur l'attestation écrite d'un médecin faisant état de l'existence d'une maladie et comportant un programme d'exercices physiques, ainsi qu'une diète sous surveillance médicale.
- Dans le cas des vitamines et multivitamines disponibles en pharmacie sans prescription médicale : le remboursement est effectué si ces vitamines ou multivitamines sont requises pour le traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée ou pour la survie de la personne assurée, tel que confirmé par l'attestation médicale alors exigée par l'assureur.

- Les suppléments alimentaires de toute nature sont admissibles à la condition d'être administrés en solution intraveineuse ou par gavage dans les cas de problèmes clairement diagnostiqués d'absorption ou de résorption intestinale.
- iii) Tout médicament utilisé pour préparation magistrale (inclus dans les ententes de l'A.Q.P.P.) à la condition qu'il soit une composante de ladite magistrale.

## 2) Paramédicaux et Frais divers

***Référez-vous au Sommaire du régime pour connaître les limites de remboursement reliées à certains des frais indiqués ci-dessous.***

- Les frais de séjour en chambre semi-privée engagés après les 60 premiers jours par 12 mois consécutifs dans un hôpital ou une maison de convalescence, de réhabilitation physique ou de soins pour malades chroniques reconnus par le ministère des Affaires sociales.
- Les soins infirmiers suivants :
  - honoraires d'un infirmier diplômé ou autorisé pour services donnés au domicile de la personne assurée ou dans un hôpital, lorsque ces services s'imposent sur le plan médical, à condition que cette personne ne soit pas au service de l'hôpital, ne vive pas sous le même toit que la personne assurée et qu'elle ne soit pas apparentée à sa famille;
  - honoraires d'un infirmier auxiliaire ou d'un aide-infirmier autorisé pour des services donnés dans un hôpital lorsque les services d'un infirmier s'imposent sur le plan médical et qu'il est impossible de retenir à cette occasion les services de cet infirmier. Cette personne ne doit pas être au service de l'hôpital, ni vivre sous le même toit que la personne assurée, ni être apparentée à sa famille.
- Les frais de transport en ambulance, incluant le transport aérien ou le transport ferroviaire lorsque, pour des raisons que l'assureur juge fondées, il faut effectuer le transport d'une personne assurée en direction du plus proche hôpital pouvant fournir les soins d'urgence nécessaires. Sont également reconnus les frais de transport en ambulance pour le retour de l'hôpital au domicile d'une personne assurée lorsqu'aucun autre moyen ne peut être utilisé en raison de l'état de santé de la personne assurée.
- Les frais de transfusions de sang ou de plasma sanguin, de pansements, de prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires, des lunettes et des lentilles cornéennes), de plâtres, de béquilles, d'attelles, de bandages herniaires, de corsets, de seringues et aiguilles, de bâtonnets réactifs et des accessoires utilisés par les personnes stomisées.
- Frais de location ou d'achat, au gré de l'assureur, d'un poumon d'acier ou d'un respirateur, d'un fauteuil roulant et d'un lit de type hospitalier pour patient alité. **La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location.**
- Frais de location ou d'achat, au gré de l'assureur, d'un défibrillateur, d'un neurostimulateur, d'une pompe intrathécale et d'un stimulateur osseux. **La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location.**
- Oxygène et location ou achat, au gré de l'assureur, d'appareils en vue de son administration, incluant les appareils à pression positive d'air. **La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location.**

***Référez-vous au Sommaire du régime pour connaître les limites de remboursement reliées à certains des frais indiqués ci-dessous.***

- L'achat de chaussures orthopédiques ou d'orthèses podiatriques dans un établissement spécialisé, en excédent de 100 \$, pour les chaussures orthopédiques, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire du régime.
- L'achat de bas de contention ou chirurgicaux, offrant une contention supérieure à 20mm de mercure, achetés dans un établissement spécialisé, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire du régime.
- L'achat de prothèses capillaires requises par suite de chimiothérapie, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire du régime.
- L'achat d'un soutien-gorge à la suite d'une mastectomie, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire du régime.
- L'achat et réparation de prothèses auditives (excluant les frais reliés aux piles), sous réserve du maximum spécifié au Sommaire du régime.
- Les traitements dentaires effectués par un dentiste et requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est assurée en vertu de cette garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'un objet dans sa bouche. Ces soins dentaires doivent commencer dans les 365 jours suivant la date de ces dommages corporels et un plan de traitement détaillé que l'assureur juge satisfaisant doit être présenté à celui-ci dans le même délai.

Les montants admissibles sont les moindres de ceux exigés par le dentiste, le dentiste-spécialiste ou le denturologiste et ceux établis selon le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de la personne assurée.

- Services paramédicaux suivants, pour lesquels aucune recommandation médicale n'est requise, sous réserve des maximums spécifiés au Sommaire du régime :
  - acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, kinésithérapeute, kinothérapeute, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, orthothérapeute, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre et technicien en réadaptation physique;
  - psychiatre membre de la Société canadienne de psychanalyse pour tout traitement psychanalytique donné à son cabinet ou au domicile de la personne assurée;
  - psychologue;
  - frais de radiographies prises par un chiropraticien.
- Les frais d'examens de laboratoire et de toutes techniques à des fins diagnostiques jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident, ainsi que les traitements aux rayons X, au radium ou aux isotopes radioactifs.

## **EXCLUSIONS**

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, aucune personne assurée n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

- les soins médicaux ou frais d'hospitalisation qui sont couverts en vertu d'une loi fédérale ou provinciale;
- les services, soins ou produits que la personne assurée reçoit gratuitement;
- les services, soins ou produits administrés à des fins expérimentales;
- les vaccins, produits ou soins de nature préventive;
- les traitements, soins ou prothèses à des fins esthétiques, à moins qu'ils ne soient nécessités par une maladie ou un accident survenus en cours d'assurance;
- les frais pour des lunettes de soleil ou des lunettes protectrices;
- les frais engagés pour les produits suivants :
  - produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
  - contraceptifs (autres qu'oraux);
  - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
  - préparations alimentaires pour nourrissons;
  - rince-bouche, sirops et pastilles (sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin);
  - shampooings, huiles, crèmes;
  - produits de toilette y compris les savons et les émoullients;
  - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
  - auxiliaires antitabagisme (sauf ceux apparaissant sur la liste de la RAMQ);
  - minéraux;
  - produits homéopathiques ou naturels;
  - stimulants pour la pousse des cheveux;
  - stéroïdes anabolisants;
- les soins et prothèses dentaires, sauf s'ils sont requis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance;
- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
- les traitements et médicaments reliés au processus de la fécondation extra-corporelle;
- tous frais, services, articles ou produits non prévus dans la présente garantie;
- les frais pour tous soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont déclarés médicalement nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie;

- les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
  - de dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non,
  - d'une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel, sauf dans les cas où la seule infraction est une inculpation relative à la conduite d'un véhicule motorisé par un conducteur avec facultés affaiblies,
  - de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public,
  - de la participation active à une émeute, une insurrection ou une opération militaire.

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

Sous réserve des restrictions relatives à la Loi sur l'assurance médicaments, une personne assurée qui cesse d'être admissible au présent régime d'assurance a le droit de transformer sa protection, **à l'exception de la couverture de médicaments**, en un contrat d'assurance individuelle offert par l'assureur en pareils cas, en faisant une demande écrite dans les **60 jours** suivant la fin de l'assurance, sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin, sans être obligée de fournir une preuve d'assurabilité. Le cas échéant, en cas de transformation, l'assurance individuelle prend effet à la date de cessation du présent régime.

La première prime entière, selon le mode de paiement des primes choisi par la personne assurée et accepté par l'assureur, doit accompagner la demande de transformation.

## **AVIS IMPORTANT**

Hydro-Québec fournit périodiquement à Croix Bleue une liste électronique de l'ensemble de ses employés ayant accès au présent régime d'assurance. Sont fournis à l'assureur les noms et matricules des employés participant au régime, le numéro d'assurance sociale (afin de respecter une des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments), le sexe, la date de naissance, l'adresse, la protection choisie ainsi que les dates de prise et de fin d'assurance.

À ces informations, s'ajoutent les documents provenant des assurés ou obtenus lors du traitement d'une demande de règlement.

Les renseignements personnels transmis seront détenus dans votre dossier d'assurance auprès de la Croix Bleue du Québec. Ces renseignements serviront à traiter toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par la Croix Bleue du Québec auront accès à ces informations dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Votre dossier sera détenu dans les bureaux de la Croix Bleue du Québec. Sur demande écrite et avec un préavis de 30 jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la **Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé**, 1993, c. 7. Veuillez adresser votre demande à :

Responsable de l'accès à l'information  
Croix Bleue du Québec  
550, rue Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 1B9