



RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION ET SANTÉ

ASSUREUR :
CROIX BLEUE
Groupe numéro 93268

**Assurance maladie et hospitalisation applicable
aux anciens employés et bénéficiaires**

Protection en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017

Table des matières

Protection applicable aux anciens employés et bénéficiaires	4
Ancienne protection	5
Protections modulaires	15
Admissibilité et adhésion	33
Coûts des protections	39
Traitement des demandes de règlement	43
Modalités de l'assurance en cas d'événement marquant	52

Assurance maladie et hospitalisation

De quoi s'agit-il ?

- Régime collectif d'assurance pour certains **frais médicaux** et **frais paramédicaux** procurant une couverture complémentaire à celle offerte par l'État. Exemples : frais d'hospitalisation, de médicaments sur ordonnance ou de psychologue.
- L'assurance santé est obligatoire, à moins de présenter une preuve confirmant que vous êtes déjà couvert par un régime d'assurance collective offrant une protection semblable.
- L'assurance santé est facultative pour les membres de la famille immédiate s'ils sont déjà couverts par un autre régime d'assurance collective offrant une protection semblable. Sinon, et si les lois en vigueur dans la province l'exigent, ils doivent être inscrits à celle-ci.

La présente brochure est un exposé sommaire des prestations et des modalités du Régime d'assurance maladie et hospitalisation et santé applicables aux anciens employés et conjoints survivants d'Hydro-Québec et non le contrat d'assurance régissant ce Régime. En cas de contradiction entre les termes du présent document et ceux du contrat, ces derniers prévalent.

Dans ce document, le générique masculin est employé sans discrimination et dans le seul but d'alléger les textes.

Protection applicable aux anciens employés et bénéficiaires

Ancienne protection

Sommaire des protections

Hospitalisation	
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Protection	
Hôpital au Canada	Chambre semi-privée, séjour illimité
Hôpital à l'étranger	Chambre semi-privée Maximum : équivalent des frais demandés au Québec par jour d'hospitalisation en chambre semi-privée (en sus des frais d'hospitalisation en salle commune qui sont couverts par l'État)
Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée, maximum de 60 jours par période de 12 mois consécutifs (l'excédent est remboursable selon les modalités décrites à la rubrique Autres frais admissibles)

Autres frais admissibles	
Franchise	25 \$ par année civile
Pourcentage de remboursement	Variable selon les types de frais remboursables
Maximum viager ¹	35 000 \$ (ne s'applique pas aux médicaments couverts en vertu de la <i>Loi sur l'assurance médicaments</i>)
Protection	
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Retraité et conjoint de moins de 65 ans Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ² Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ³ <p>80 % (100 % dans certaines circonstances)⁴</p> <p>Sans carte de paiement direct</p>

Frais paramédicaux	
Psychologue	50 % Maximum : 500 \$ par personne assurée, par année civile (deux fois ce maximum par famille)
Psychiatre	80 %, aucun maximum par visite
Chiropraticien et podiatre	80 % Maximum : 15 \$ par visite Jusqu'à concurrence de 20 visites par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels (deux fois ce maximum par famille)
Physiothérapeute et technicien en réadaptation physique	80 % Maximum : 20 \$ par visite Jusqu'à concurrence de 20 visites par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels (deux fois ce maximum par famille)
Autres frais médicaux – 80 %, sous réserve des maximums applicables	
Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée, en excédent de 60 jours d'hospitalisation par période de 12 mois consécutifs
Radiographies prises par un chiropraticien	Maximum : 35 \$ par personne assurée, par année civile (deux fois ce maximum par famille)
Prothèse capillaire	Maximum admissible : 250 \$ à vie par personne assurée
Bas de contention ou chirurgicaux	Maximum admissible : 100 \$ par personne assurée, par année civile
Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	Maximum admissible global : 125 \$ par année civile

¹ Maximum viager de 35 000 \$

Application : L'assureur prend en charge les frais remboursables assujettis au maximum viager qui sont engagés pour le retraité, son conjoint et les enfants à charge assurés, jusqu'à concurrence de 35 000 \$ par personne assurée. Une fois ce maximum atteint, l'assureur ne couvre que les frais remboursables non assujettis au maximum viager.

Rétablissement du maximum viager : Un retraité ayant reçu 1 000 \$ ou plus de prestations en raison d'une invalidité et qui recouvre la santé peut demander le rétablissement du maximum viager. Il doit toutefois présenter à l'assureur des documents confirmant qu'il est en bonne santé. Cette règle vaut également pour le conjoint et les enfants à charge assurés.

² Intégration de l'assurance médicaments de la RAMQ

Afin de prévenir la majoration des primes d'assurance collective, le retraité et son conjoint doivent s'inscrire au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ de manière à obtenir un remboursement partiel des frais couverts en vertu de la *Loi sur l'assurance médicament*. Ainsi, la franchise de 25 \$ et le pourcentage de remboursement (80 %) de l'assurance collective s'appliquent en fonction des dispositions du régime public.

³ Aucune protection au titre de l'assurance médicaments de la RAMQ

Si, à 65 ans, le retraité et son conjoint omettent de s'inscrire au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ou qu'ils n'y sont pas admissibles, ils bénéficieront de l'assurance médicaments comprise dans l'assurance santé des retraités d'Hydro-Québec moyennant une majoration substantielle des primes.

⁴ Circonstances où le remboursement peut atteindre 100 %

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 à l'achat de médicaments admissibles régis par cette loi. Ce maximum, révisé annuellement, est de 1 046 \$ par adulte jusqu'au 30 juin 2017.

Lorsque vous atteignez la contribution annuelle maximale, les frais que vous engagez par la suite durant l'année civile vous sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour les enfants à charge assurés entrent également dans le calcul de votre contribution annuelle maximale.

De son côté, lorsque votre conjoint atteint sa contribution annuelle maximale, les frais qu'il engage par la suite durant l'année civile lui sont remboursables à 100 %.

Description des protections

- Hospitalisation au Canada
- Médicaments
- Frais paramédicaux
- Autres frais médicaux
- Psychologues et psychiatres
- Convalescence, réadaptation physique ou maladies chroniques

Hospitalisation au Canada

Hospitalisation	
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Protection	
Hôpital au Canada	Chambre semi-privée, séjour illimité
Hôpital à l'étranger	Chambre semi-privée Maximum : équivalent des frais demandés au Québec par jour d'hospitalisation en chambre semi-privée (en sus des frais d'hospitalisation en salle commune qui sont couverts par l'État)

Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée sont couverts, quelle que soit la durée du séjour, dans les établissements suivants :

- au Québec, centres hospitaliers de soins de courte durée tels que définis dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, selon les dispositions prévues au Sommaire des protections ;
- ailleurs au Canada, établissements reconnus et régis par une loi équivalente, à l'exclusion des unités dans les hôpitaux destinées aux soins pour malades chroniques.

Les établissements suivants sont exclus :

- les hôpitaux psychiatriques ;
- les établissements de 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 ;
- les établissements ou unités destinés exclusivement aux soins de garde.

Médicaments

Médicaments	
Franchise	25 \$ par année civile (combinée avec les frais paramédicaux et les autres frais médicaux)
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	80 % (100 % dans certaines circonstances) ¹
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ	80 % (100 % dans certaines circonstances) ¹
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ	80 % (100 % dans certaines circonstances) ¹

¹ Circonstances où le remboursement peut atteindre 100 %

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 à l'achat de médicaments admissibles régis par cette loi. Ce maximum, révisé annuellement, est de 1 046 \$ par adulte jusqu'au 30 juin 2017.

Lorsque vous atteignez la contribution annuelle maximale, les frais que vous engagez par la suite durant l'année civile vous sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour les enfants à charge assurés entrent également dans le calcul de votre contribution annuelle maximale.

De son côté, lorsque votre conjoint atteint sa contribution annuelle maximale, les frais qu'il engage par la suite durant l'année civile lui sont remboursables à 100 %.

Sont couverts les frais engagés pour des médicaments et produits admissibles en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), aux conditions suivantes :

- Être fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste.
- Être achetés au Québec ou dans une région limitrophe définie par la loi, selon les dispositions prévues au Sommaire des protections.
- Certains médicaments de la liste de la RAMQ, souvent désignés par le vocable « médicaments d'exception », ne sont admissibles que pour les troubles de santé et indications thérapeutiques particulières déterminés par règlement. La personne assurée qui présente une demande de règlement à l'égard d'un tel médicament pourrait être appelée à fournir une attestation de son médecin traitant confirmant qu'elle satisfait aux exigences prescrites et sa demande sera alors étudiée dans le cadre du processus de l'autorisation spéciale.

Les autres médicaments ou produits offerts au Canada qui ne sont pas précisés ci-dessus sont couverts aux conditions suivantes :

- Être en vente au Canada.
- Être obtenus sur l'ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste.
- Être fournis par un pharmacien (un médecin ou un dentiste autorisé dans les localités où il n'y a pas de pharmacien).
- Être utilisés pour diagnostiquer, traiter, atténuer ou prévenir une maladie, un désordre, un trouble de santé ou leurs symptômes ou pour restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques d'une personne assurée.
- Ne pas être fournis pour plus de 90 jours.
- Être commercialisés en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues* de la loi canadienne en la matière.
- Porter un numéro DIN (*Drug Identification Number*).

- Figurer sur la liste de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) ou, à défaut d'une telle liste, sur une liste équivalente.
- Être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles ce médicament ou produit est autorisé.

Cas particuliers	
Injections sclérosantes	Les frais sont remboursables sous réserve du maximum établi par l'assureur.
Médicaments reliés aux traitements de fertilité	Admissibles, sauf pour la fécondation in vitro.
Médicaments pour la dysfonction érectile	Les frais sont remboursables sur présentation d'une attestation écrite d'un médecin spécialiste (à la satisfaction de l'assureur), sous réserve du maximum par semaine et par année établi par l'assureur.
Médicaments reliés à un programme d'amaigrissement	Admissibles pour la personne assurée qui, sur recommandation écrite d'un médecin faisant état d'une maladie, suit sous surveillance médicale un programme reconnu par l'assureur et comportant des exercices physiques et une diète.
Vitamines et multivitamines en vente libre	Admissibles si elles sont requises pour le traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, ou nécessaires à la survie de la personne assurée. L'assureur exige une attestation médicale à cet effet.
Suppléments alimentaires de toute nature	Admissibles s'ils sont administrés en solution intraveineuse ou par gavage en cas de troubles de l'absorption ou de la résorption intestinale clairement diagnostiqués.
Actes des pharmaciens remboursables	Depuis le 20 juin 2015. Remboursement selon les dispositions et les maximums prévus par la <i>Loi sur l'assurance médicaments du Québec</i> (Prolongation d'ordonnance, Ajustement d'ordonnance pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, Prescription lorsqu'aucun diagnostic n'est requis et Prescription pour une condition mineure dont le diagnostic et le traitement sont connus)

Les médicaments qui entrent dans la composition d'une préparation magistrale sont admissibles s'ils figurent sur la liste de l'AQPP.

Frais paramédicaux

Les frais suivants sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections**.

- Honoraires des professionnels suivants : chiropraticien, podiatre, physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique sous la surveillance d'un physiatre.
- Aucune recommandation médicale n'est requise.
- Frais des radiographies prises par un chiropraticien (maximum de 35 \$ par année civile, par personne assurée, ou deux fois ce maximum par famille).

Autres frais médicaux

Les frais suivants sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections**.

Soins infirmiers

- Honoraires d'un infirmier diplômé ou autorisé relativement à des soins donnés au domicile de la personne assurée ou dans un hôpital, lorsque ceux-ci s'imposent du point de vue médical, à la condition que le prestataire de soins ne soit pas au service de l'hôpital, ne vive pas sous le même toit que la personne assurée et qu'il ne soit pas un membre de sa famille.
- Honoraires d'un infirmier auxiliaire ou d'un aide-infirmier autorisé relativement à des soins donnés dans un hôpital, lorsque les services d'un infirmier s'imposent d'un point de vue médical et qu'il est impossible de retenir à cette occasion les services d'un infirmier. Le prestataire de soins ne doit pas être au service de l'hôpital, vivre sous le même toit que la personne assurée ni être un membre de sa famille.

Transport

- Frais de transport en ambulance, y compris le transport aérien ou ferroviaire lorsque, pour des raisons que l'assureur considère comme bien fondées, la personne assurée doit être transportée vers l'hôpital le plus proche pouvant fournir les soins d'urgence nécessaires.
- Frais de transport en ambulance entre l'hôpital et le domicile de la personne assurée si aucun autre moyen de transport ne peut être utilisé en raison de l'état de santé de la personne.

Transfusions, pansements et autres

- Frais de transfusion (sang ou plasma sanguin), de pansements, de prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires et auditives, 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 frais relatifs aux accessoires utilisés par les personnes stomisées.

Frais pour appareils et accessoires

- Location ou 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 grabataire (alité). L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.
- Oxygène et location ou achat (au gré de l'assureur) d'appareils en vue de son administration, dont les appareils à pression positive. L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.
- Chaussures orthopédiques ou orthèses podiatriques (maximum admissible global de 125 \$ par personne assurée et par année civile).
- Bas de contention ou chirurgicaux (maximum admissible de 100 \$ par personne assurée et par année civile).
- Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie (maximum admissible à vie de 250 \$ par personne assurée).

Soins dentaires à la suite d'un accident

- 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 couverte par l'assurance santé (y compris une lésion survenant pendant la mastication).
- Début des soins : dans les 180 jours suivant la date de ces dommages corporels.
- Obligation de présenter à l'assureur un plan de traitement détaillé satisfaisant (délai : 180 jours suivant la date de l'accident).
- Montant admissible : le montant exigé par le dentiste, le dentiste spécialiste ou le denturologiste, ou celui figurant dans le guide des tarifs et des actes bucco-dentaires approuvés par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée, si ce montant est inférieur.

Soins dentaires en cas d'apnée du sommeil

- Achat d'une orthèse d'avancement mandibulaire requise pour le traitement de l'apnée grave du sommeil, à la suite d'un diagnostic clairement établi par une clinique du sommeil.
- Restriction : une (1) orthèse par période de quatre (4) ans.
- Montant admissible : le montant exigé par le dentiste ou celui figurant dans le guide des tarifs et des actes bucco-dentaires approuvés par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée, si ce montant est inférieur.
- L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.

Frais de laboratoire et autres

- Frais d'analyses de laboratoire et de toutes techniques diagnostiques jugées nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident.
- Traitements aux rayons X, au radium ou aux isotopes radioactifs.
- Honoraires usuels de médecin, chirurgien ou anesthésiste pour des soins médicaux assurés reçus à l'étranger, moins les prestations correspondantes que la personne assurée reçoit ou a le droit de recevoir en vertu de toute loi provinciale ou fédérale.
- Frais de séjour en chambre semi-privée engagés après les 60 premiers jours dans un hôpital, une maison de convalescence ou dans un établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques.

Psychologues et psychiatres

Psychologues et psychiatres	
Franchise	25 \$ par année civile (combinée avec les médicaments, les autres frais médicaux et les autres frais paramédicaux)
Psychologue	50 % Maximum : 500 \$ par personne assurée, par année civile (deux fois ce maximum par famille)
Psychiatre	80 %, aucun maximum par visite

- Les honoraires de psychologue et de psychiatre sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections**.
- Aucune recommandation médicale n'est requise.
- Le psychiatre donnant le traitement psychanalytique (à son cabinet ou au domicile de la personne assurée) doit être membre de la Société canadienne de psychanalyse.

Hospitalisation pour convalescence, réadaptation physique ou maladies chroniques

Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée , maximum de 60 jours par période de 12 mois consécutifs (l'excédent est remboursable selon les modalités décrites à la rubrique Autres frais admissibles)

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections**. Ils doivent être engagés dans un établissement, une institution, une section d'établissement ou d'institution, ou dans une unité de soins qui sont légalement reconnus comme tels et destinés aux soins des patients grabataires (alités).
- Sont exclus :
 - les établissements ou unités de soins infirmiers ;
 - les maisons pour personnes âgées ;
 - les maisons de repos ;
 - les centres d'hébergement ;
 - les centres pour alcooliques ou toxicomanes.
- L'expression « malade chronique » désigne une personne qui, en raison d'un accident ou d'une maladie, est incapable d'accomplir sans aide les cinq activités suivantes de la vie quotidienne : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle.

Exclusions

Sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*, les cas suivants ne sont pas couverts :

- soins médicaux ou frais d'hospitalisation couverts par une loi fédérale ou provinciale ;
- services, soins ou produits que la personne assurée reçoit gratuitement ;
- services, soins ou produits administrés à des fins expérimentales ;
- vaccins, produits ou soins de nature préventive ;
- traitements, soins ou prothèses à des fins esthétiques, à moins qu'ils ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'un accident survenus pendant que l'assurance est en vigueur ;
- frais engagés pour des lunettes de soleil ou des lunettes protectrices ;
- frais engagés pour les produits suivants :
 - produits d'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 ;
 - produits antitabac (sauf ceux apparaissant sur la liste de la RAMQ) ;
 - minéraux ;
 - produits homéopathiques ou naturels ;
 - stimulants de la pousse des cheveux ;
 - stéroïdes anabolisants ;

- soins et prothèses dentaires, sauf s'ils sont requis à la suite d'un accident survenu pendant que l'assurance est en vigueur ;
- services d'un infirmier à domicile qui agit à titre de sage-femme ou de psychothérapeute, ou qui donne des soins autres que des soins infirmiers ;
- traitements et médicaments reliés au processus de la fécondation in vitro ;
- tous frais, services, articles ou produits non couverts au titre de la garantie ;
- frais pour tous soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont considérés comme médicalement nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ;
- frais admissibles, mais découlant 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 couverts en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute loi semblable ou en vertu d'un régime public ;
 - de la participation active à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire.

Protections modulaires

Sommaire des protections

Hospitalisation	Module de base	Module majoré
Franchise	Aucune	
Pourcentage de remboursement	100 %	
Protection		
Hôpital au Canada	Chambre semi-privée, séjour illimité	
Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée, maximum de 60 jours par période de 12 mois consécutifs (l'excédent est remboursable selon les modalités décrites à la rubrique Autres frais admissibles)	

Autres frais admissibles	Module de base	Module majoré
Franchise	Aucune	
Pourcentage de remboursement	Variable selon les types de frais remboursables	
Protection		
<p>Médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraité et conjoint de moins de 65 ans • Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ¹ • Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ² 	<p>80 % (100 % dans certaines circonstances)³</p> <p>Avec une carte de paiement direct</p>	

Frais paramédicaux		
<p>Acupuncteurs, audiologistes, chiropraticiens, diététistes, ergothérapeutes, homéopathes, kinésithérapeutes, kinothérapeutes, massothérapeutes, naturopathes, orthophonistes, orthothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres et techniciens en réadaptation physique, psychologue et psychiatres</p>	Aucune protection	<p>80 %</p> <p>Maximum par visite : 40 \$</p> <p>Maximum global : 1 000 \$ par année civile par personne assurée</p> <p>Le maximum de 40 \$ par visite sera haussé de 1 \$ le 1^{er} janvier de chaque année, de 2018 à 2027, et sera maintenu à 50 \$ par la suite</p>

Autres frais médicaux – 80 %, sous réserves des maximums applicables	
Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée, en excédent de 60 jours d'hospitalisation par période de 12 mois consécutifs
Prothèse capillaire	Maximum admissible : 250 \$ à vie par personne assurée
Bas de contention ou chirurgicaux	Maximum admissible : 100 \$ par personne assurée, par année civile
Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	Maximum admissible global : 125 \$ par année civile
Défibrillateur, neurostimulateur, pompe intrathécale et stimulateur osseux	Sous réserves des restrictions applicables
Assurance voyage	
Assurance voyage ⁴ Couvre les frais engagés par les personnes assurées de moins de 71 ans pendant les voyages personnels à l'extérieur du Québec d'une durée de 31 jours ou moins, ou pendant les 31 premiers jours des voyages plus longs	Aucune protection 100 % Maximum : 5 000 000 \$ par voyage par personne assurée Maximum de l'assurance annulation : 5 000 \$ par sinistre par personne assurée Exclusion : conditions préexistantes non stabilisées depuis au moins 31 jours
Rabais sur les produits d'assurance voyage de Croix Bleue ⁴	Aucun rabais 10 % – Voyages de 60 jours ou moins 5 % – Voyages de 61 jours ou plus Les exclusions et restrictions habituelles des contrats individuels d'assurance s'appliquent.
Maximum viager	
Maximum viager ⁵	100 000 \$ (ne s'applique pas aux médicaments couverts en vertu de la <i>Loi sur l'assurance médicaments</i> , aux frais d'hospitalisation au Canada et pour les 60 premiers jours par année en hôpital, en maison de convalescence, de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques et des frais couverts par l'assurance voyage)

¹ Intégration de l'assurance médicaments de la RAMQ

Afin de prévenir la majoration des primes d'assurance collective, le retraité et son conjoint qui atteignent 65 ans doivent s'inscrire au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ de manière à obtenir un remboursement partiel des frais couverts en vertu de la Loi sur l'assurance médicament. Ainsi le pourcentage de remboursement (80 %) de l'assurance collective s'applique en fonction des dispositions du régime public.

² Aucune protection au titre de l'assurance médicaments de la RAMQ

Si, à 65 ans, le retraité et son conjoint omettent de s'inscrire au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ou qu'ils n'y sont pas admissibles, ils bénéficieront de l'assurance médicaments comprise dans l'assurance santé des retraités d'Hydro-Québec moyennant une majoration substantielle des primes.

³ Circonstances où le remboursement peut atteindre 100 %

Le pourcentage de remboursement de 80 % s'applique jusqu'à ce que vous ayez déboursé le maximum prévu par la Loi sur l'assurance médicaments pour une année civile à l'achat de médicaments admissibles régis par cette loi.

Ce maximum, révisé annuellement, est de 1046 \$ par adulte jusqu'au 30 juin 2017.

Lorsque vous atteignez la contribution annuelle maximale, les frais que vous engagez par la suite durant l'année civile vous sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour les enfants à charge assurés entrent également dans le calcul de votre contribution annuelle maximale.

De son côté, lorsque votre conjoint atteint sa contribution annuelle maximale, les frais qu'il engage par la suite durant l'année civile lui sont remboursables à 100 %.

⁴ Assurance voyage et rabais sur les produits d'assurance voyage de Croix Bleue du Québec

Consulter la description de l'assurance voyage afin d'obtenir les détails de la protection.

⁵ Maximum viager de 100 000 \$

Application : L'assureur prend en charge les frais remboursables assujettis au maximum viager qui sont engagés pour le retraité, son conjoint et les enfants à charge assurés, jusqu'à concurrence de 100 000 \$ par personne assurée. Une fois ce maximum atteint, l'assureur ne couvre que les frais remboursables non assujettis au maximum viager.

Rétablissement du maximum viager : Un retraité ayant reçu 1 000 \$ ou plus de prestations en raison d'une invalidité et qui recouvre la santé peut demander le rétablissement du maximum viager. Il doit toutefois présenter à l'assureur des documents confirmant qu'il est en bonne santé. Cette règle vaut également pour le conjoint et les enfants à charge assurés.

Description des protections

- Hospitalisation au Canada
- Médicaments
- Frais paramédicaux
- Autres frais médicaux
- Convalescence, réadaptation physique ou maladies chroniques
- Assurance voyage à l'extérieur du Québec

Hospitalisation au Canada

Hospitalisation	Module de base	Module majoré
Franchise	Aucune	
Pourcentage de remboursement	100 %	
Protection		
Hôpital au Canada	Chambre semi-privée, séjour illimité	

Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée sont couverts, quelle que soit la durée du séjour, dans les établissements suivants :

- au Québec, centres hospitaliers de soins de courte durée tels que définis dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, selon les dispositions prévues au Sommaire des protections ;
- ailleurs au Canada, établissements reconnus et régis par une loi équivalente, à l'exclusion des unités dans les hôpitaux destinées aux soins pour malades chroniques.

Les établissements suivants sont exclus :

- les hôpitaux psychiatriques ;
- les établissements de 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 ;
- les établissements ou unités destinés exclusivement aux soins de garde.

Médicaments

Médicaments	Module de base	Module majoré
Franchise	Aucune	
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	80 % (100 % dans certaines circonstances) ¹	
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ	80 % (100 % dans certaines circonstances) ¹	
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ	80 % (100 % dans certaines circonstances) ¹	

¹ Circonstances où le remboursement peut atteindre 100 %

Le pourcentage de remboursement de 80 % s'applique jusqu'à ce que vous ayez déboursé le maximum prévu par la Loi sur l'assurance médicaments pour une année civile à l'achat de médicaments admissibles régis par cette loi. Ce maximum, révisé annuellement, est de 1 046 \$ par adulte jusqu'au 30 juin 2017.

Lorsque vous atteignez la contribution annuelle maximale, les frais que vous engagez par la suite durant l'année civile vous sont remboursables à 100 %. Les frais engagés pour les enfants à charge assurés entrent également dans le calcul de votre contribution annuelle maximale.

De son côté, lorsque votre conjoint atteint sa contribution annuelle maximale, les frais qu'il engage par la suite durant l'année civile lui sont remboursables à 100 %.

Sont couverts les frais engagés pour des médicaments et produits admissibles en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), aux conditions suivantes :

- Être fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste.
- Être achetés au Québec ou dans une région limitrophe définie par la loi, selon les dispositions prévues au Sommaire des protections.
- Certains médicaments de la liste de la RAMQ, souvent désignés par le vocable « médicaments d'exception », ne sont admissibles que pour les troubles de santé et indications thérapeutiques particulières déterminés par règlement. La personne assurée qui présente une demande de règlement à l'égard d'un tel médicament pourrait être appelée à fournir une attestation de son médecin traitant confirmant qu'elle satisfait aux exigences prescrites et sa demande sera alors étudiée dans le cadre du processus de l'autorisation spéciale.

Les autres médicaments ou produits offerts au Canada qui ne sont pas précisés ci-dessus sont couverts aux conditions suivantes :

- Être en vente au Canada.
- Être obtenus sur l'ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste.
- Être fournis par un pharmacien (un médecin ou un dentiste autorisé dans les localités où il n'y a pas de pharmacien).
- Être utilisés pour diagnostiquer, traiter, atténuer ou prévenir une maladie, un désordre, un trouble de santé ou leurs symptômes ou pour restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques d'une personne assurée.
- Ne pas être fournis pour plus de 90 jours.
- Être commercialisés en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues* de la loi canadienne en la matière.
- Porter un numéro DIN (*Drug Identification Number*).
- Figurer sur la liste de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) ou, à défaut d'une telle liste, sur une liste équivalente.
- Être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles ce médicament ou produit est autorisé.

Cas particuliers	Module de base	Module majoré
Injections sclérosantes	Les frais sont remboursables sous réserve du maximum établi par l'assureur.	
Médicaments reliés aux traitements de fertilité	Admissibles, sauf pour la fécondation in vitro.	
Médicaments pour la dysfonction érectile	Les frais sont remboursables sur présentation d'une attestation écrite d'un médecin spécialiste (à la satisfaction de l'assureur), sous réserve du maximum par semaine et par année établi par l'assureur.	
Médicaments reliés à un programme d'amaigrissement	Admissibles pour la personne assurée qui, sur recommandation écrite d'un médecin faisant état d'une maladie, suit sous surveillance médicale un programme reconnu par l'assureur et comportant des exercices physiques et une diète.	
Vitamines et multivitamines en vente libre	Admissibles si elles sont requises pour le traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, ou nécessaires à la survie de la personne assurée. L'assureur exige une attestation médicale à cet effet.	
Suppléments alimentaires de toute nature	Admissibles s'ils sont administrés en solution intraveineuse ou par gavage en cas de troubles de l'absorption ou de la résorption intestinale clairement diagnostiqués.	
Actes des pharmaciens remboursables	Depuis le 20 juin 2015 Remboursement selon les dispositions et les maximums prévus par la <i>Loi sur l'assurance médicaments du Québec</i> (Prolongation d'ordonnance, Ajustement d'ordonnance pour l'atteinte de cibles thérapeutiques, Prescription lorsqu'aucun diagnostic n'est requis et Prescription pour une condition mineure dont le diagnostic et le traitement sont connus).	

Les médicaments qui entrent dans la composition d'une préparation magistrale sont admissibles s'ils figurent sur la liste de l'AQPP.

Frais paramédicaux

Frais paramédicaux	Module de base	Module majoré
Franchise	Aucune protection	Aucune
Selon la liste des professionnels admissibles	Aucune protection	80 % Maximum par visite : 40 \$ Maximum global : 1 000 \$ par année civile par personne assurée Le maximum de 40 \$ par visite sera haussé de 1 \$ le 1 ^{er} janvier de chaque année, de 2018 à 2027, et sera maintenu à 50 \$ par la suite

Les frais suivants sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections** pour une personne assurée sous le module majoré.

- Honoraires des professionnels suivants : Acupuncteurs, audiologistes, chiropraticiens, diététistes, ergothérapeutes, homéopathes, kinésithérapeutes, kinothérapeutes, massothérapeutes, naturopathes, orthophonistes, orthothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, psychologues et psychiatres, podiatres, techniciens en réadaptation physique sous la surveillance d'un physiatre.
- Aucune recommandation médicale n'est requise.
- Le psychiatre donnant le traitement psychanalytique (à son cabinet ou au domicile de la personne assurée) doit être membre de la Société canadienne de psychanalyse.

Autres frais médicaux

Les frais suivants sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections**.

Soins infirmiers

- Honoraires d'un infirmier diplômé ou autorisé relativement à des soins donnés au domicile de la personne assurée ou dans un hôpital, lorsque ceux-ci s'imposent du point de vue médical, à la condition que le prestataire de soins ne soit pas au service de l'hôpital, ne vive pas sous le même toit que la personne assurée et qu'il ne soit pas un membre de sa famille.
- Honoraires d'un infirmier auxiliaire ou d'un aide-infirmier autorisé relativement à des soins donnés dans un hôpital, lorsque les services d'un infirmier s'imposent d'un point de vue médical et qu'il est impossible de retenir à cette occasion les services d'un infirmier. Le prestataire de soins ne doit pas être au service de l'hôpital, vivre sous le même toit que la personne assurée ni être un membre de sa famille.

Transport

- Frais de transport en ambulance, y compris le transport aérien ou ferroviaire lorsque, pour des raisons que l'assureur considère comme bien fondées, la personne assurée doit être transportée vers l'hôpital le plus proche pouvant fournir les soins d'urgence nécessaires.
- Frais de transport en ambulance entre l'hôpital et le domicile de la personne assurée si aucun autre moyen de transport ne peut être utilisé en raison de l'état de santé de la personne.

Transfusions, pansements et autres

- Frais de transfusion (sang ou plasma sanguin), de pansements, de prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires et auditives, 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 frais relatifs aux accessoires utilisés par les personnes stomisées.

Frais pour appareils et accessoires

- Location ou 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 grabataire (alité). L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.
- Oxygène et location ou achat (au gré de l'assureur) d'appareils en vue de son administration, dont les appareils à pression positive. L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.
- Chaussures orthopédiques ou orthèses podiatriques (maximum admissible global de 125 \$ par personne assurée et par année civile).
- Bas de contention ou chirurgicaux (maximum admissible de 100 \$ par personne assurée et par année civile).
- Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie (maximum admissible à vie de 250 \$ par personne assurée).

Soins dentaires à la suite d'un accident

- 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 couverte par l'assurance santé (y compris une lésion survenant pendant la mastication).
- Début des soins : dans les 180 jours suivant la date de ces dommages corporels.
- Obligation de présenter à l'assureur un plan de traitement détaillé satisfaisant (délai : 180 jours suivant la date de l'accident).
- Montant admissible : le montant exigé par le dentiste, le dentiste spécialiste ou le denturologiste, ou celui figurant dans le guide des tarifs et des actes bucco-dentaires approuvés par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée, si ce montant est inférieur.

Soins dentaires en cas d'apnée du sommeil

- Achat d'une orthèse d'avancement mandibulaire requise pour le traitement de l'apnée grave du sommeil, à la suite d'un diagnostic clairement établi par une clinique du sommeil.
- Restriction : une (1) orthèse par période de quatre (4) ans.
- Montant admissible : le montant exigé par le dentiste ou celui figurant dans le guide des tarifs et des actes bucco-dentaires approuvés par l'association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée, si ce montant est inférieur.
- L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.

Frais de laboratoire et autres

- Frais d'analyses de laboratoire et de toutes techniques diagnostiques jugées nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident.
- Traitements aux rayons X, au radium ou aux isotopes radioactifs.
- Frais de séjour en chambre semi-privée engagés après les 60 premiers jours dans un hôpital, une maison de convalescence ou dans un établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques.

Défibrillateur, neurostimulateur, pompe intrathécale et stimulateur osseux

- Location ou achat (au gré de l'assureur) d'un défibrillateur, d'un neurostimulateur, d'une pompe intrathécale et d'un stimulateur osseux. L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire.

Hospitalisation pour convalescence, réadaptation physique ou maladies chroniques

Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Module de base	Module majoré
Franchise	Aucune	
Pourcentage de remboursement	100 %	
Hôpital, maison de convalescence, établissement de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques	Chambre semi-privée , maximum de 60 jours par période de 12 mois consécutifs (l'excédent est remboursable selon les modalités décrites à la rubrique Autres frais admissibles)	

- Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée sont couverts selon les dispositions prévues au **Sommaire des protections**. Ils doivent être engagés dans un établissement, une institution, une section d'établissement ou d'institution, ou dans une unité de soins qui sont légalement reconnus comme tels et destinés aux soins des patients grabataires (alités).
- Sont exclus :
 - les établissements ou unités de soins infirmiers ;
 - les maisons pour personnes âgées ;
 - les maisons de repos ;
 - les centres d'hébergement ;
 - les centres pour alcooliques ou toxicomanes.
- L'expression « malade chronique » désigne une personne qui, en raison d'un accident ou d'une maladie, est incapable d'accomplir sans aide les cinq activités suivantes de la vie quotidienne : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle.

Assurance voyage à l'extérieur du Québec

Voici un aperçu de l'assurance voyage. Pour obtenir des précisions, lisez la description détaillée des garanties.

Assurance voyage Couverture en cas d'urgence pendant les voyages personnels à l'extérieur du Québec	Module de base	Module majoré
Admissibilité	Aucune protection	Couvre les frais engagés par les personnes assurées résidant au Québec et âgées de moins de 71 ans pendant leurs voyages personnels à l'extérieur du Québec d'une durée de 31 jours ou moins, ou pendant les 31 premiers jours des voyages plus longs
Franchise	Sans objet	Aucune
Pourcentage de remboursement	Sans objet	100 %
Maximum par personne assurée	Sans objet	5 000 000 \$ par voyage
Durée maximale de la protection	Sans objet	Tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ
Restriction	Sans objet	Conditions préexistantes non stabilisées depuis au moins 31 jours Grossesse : les frais doivent être engagés plus de deux mois avant la date prévue de l'accouchement
Protection		
Frais hospitaliers et médicaux	Sans objet	En cas d'accident ou de maladie
Frais d'ambulance, de rapatriement, de transport, d'hébergement et de subsistance	Sans objet	En cas d'accident ou de maladie
Service d'assistance	Sans objet	Avant et pendant le voyage personnel
Assurance annulation et interruption de voyage		
Franchise	Sans objet	Aucune
Pourcentage de remboursement	Sans objet	100 %
Maximum	Sans objet	5 000 \$ par sinistre, par personne assurée
Rabais sur les produits d'assurance de Croix Bleue	Aucun rabais	10 % – Voyages de 60 jours ou moins 5 % – Voyages de 61 jours ou plus Les exclusions et restrictions habituelles des contrats individuels d'assurance s'appliquent.

Restriction concernant les conditions préexistantes non stabilisées depuis au moins 31 jours :

Les frais admissibles doivent être engagés à la suite d'une situation ou d'un événement soudain, fortuit ou imprévisible qui nécessite des soins médicaux immédiats, qui résultent d'un accident, d'une nouvelle affection ayant débuté au cours du voyage ou d'une affection dont la personne assurée était atteinte avant son voyage mais qui était stable.

Une affection est jugée stable si, au cours des 31 jours précédant la date de départ, la personne assurée n'a pas :

- a. été traitée ou examinée pour de nouveaux symptômes liés à cette affection ou à une affection connexe ;
- b. présenté des symptômes dont la fréquence ou la sévérité a augmenté, ou reçu des résultats d'examens indiquant la détérioration de l'affection ;
- c. reçu l'ordonnance d'un nouveau traitement ou d'un changement de traitement relativement à cette affection (généralement, la diminution de la dose d'un médicament en raison de l'amélioration de l'état de santé ou un changement de médicament effectué dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme un changement de traitement) ;
- d. été admise ou traitée dans un hôpital en raison de cette affection ou
- e. été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette affection (autres que les tests d'usage).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à l'état de santé dans son ensemble.

- **Avant d'engager des frais, vous devez communiquer le plus tôt possible avec le service CanAssistance de Croix Bleue :**
 - **Canada et États-Unis – 1 866 491-7726 ;**
 - **ailleurs dans le monde – 514 286-7726 (à frais virés).**

Assurance voyage – Détails (module majoré)

Frais hospitaliers et médicaux

- Hospitalisation, chambre semi-privée dans un hôpital.
- Honoraires de médecins, chirurgiens ou anesthésistes.
- Honoraires d'infirmiers.
- Produits pharmaceutiques et médicaments prescrits par un médecin.
- Transfusions (sang ou plasma sanguin).
- Frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et de toutes techniques diagnostiques.
- Plâtres, béquilles, attelles, éclisses, bandages herniaires, cannes, corsets, genouillères et chevillières.
- Soins dentaires requis d'urgence à la suite d'un accident.
- Soins dentaires requis d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne assurée.
- Oxygène et location ou achat d'appareils en vue de son administration, dont les poumons d'acier, les respirateurs ou les appareils à pression positive.

Frais d'ambulance, de rapatriement, de transport, d'hébergement et de subsistance

- Transport par ambulance (terrestre ou aérienne) jusqu'à l'hôpital le plus proche où le traitement adéquat peut être administré (y compris le transfert entre hôpitaux).
- Retour du véhicule de la personne assurée : jusqu'à concurrence de 5 000 \$.
- Préparation et retour de la dépouille : jusqu'à concurrence de 15 000 \$, à l'exclusion du coût du cercueil.
- Rapatriement vers la province de résidence :
 - Supplément exigé par le transporteur sur le billet de retour déjà acheté.
 - Billet en classe économique pour un compagnon de voyage ou un accompagnateur.
 - Sièges supplémentaires pour une civière (classe économique).
- Transport, repas et hébergement :
 - Frais de transport par le chemin et le moyen appropriés les plus économiques, en cas de rapatriement à la suite d'une décision du gouvernement du Canada, si l'avis est émis pendant le séjour à l'étranger.
 - Pour un membre de la famille immédiate se rendant sur place pour visiter la personne assurée hospitalisée depuis au moins 48 heures à la suite d'une urgence (le médecin traitant doit toutefois indiquer que la personne assurée sera hospitalisée au moins 5 jours de plus) :
 - frais de transport aller-retour par le chemin et le moyen les plus économiques ;
 - jusqu'à concurrence de 7 500 \$ pour les repas et l'hébergement.
- Allocation de subsistance : lorsque la personne assurée doit retarder son retour en raison de son état ou de celui d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

Services d'assistance voyage

En cas d'accident ou de maladie nécessitant un traitement d'urgence pendant un voyage personnel à l'extérieur du Québec, vous devez communiquer le plus rapidement possible avec le service CanAssistance de Croix Bleue.

Assistance téléphonique en cas d'urgence – CanAssistance

Sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 Partout dans le monde
--

Au moment de communiquer avec **CanAssistance**, ayez en main votre numéro de contrat (93268) et le numéro de votre certificat d'assurance (matricule).

- **Canada et États-Unis : 1 866 491-7726**
- **Ailleurs dans le monde : 514 286-7726 (à frais virés)**

Services offerts par CanAssistance :

- vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié ;
- confirmer votre assurance et avancer les fonds nécessaires, s'il y a lieu ;
- communiquer avec vos proches pour les prévenir ;
- vous aider à obtenir un avis médical à distance en cas d'urgence ;
- faire le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille ;
- vous envoyer les médicaments essentiels qui sont introuvables sur place ;
- vous aider en cas de vol ou de perte des pièces d'identité ;
- vous renseigner sur les services consulaires et les ambassades dans les pays visités ;
- vous fournir les services d'un interprète et vous diriger vers un avocat dans le cas d'un accident grave ;
- coordonner vos demandes de règlement ou les formalités en cas de rapatriement ou de décès.

Vous pouvez également communiquer avec CanAssistance avant votre départ pour obtenir des renseignements sur les visas et les vaccins nécessaires dans le pays que vous comptez visiter.

Conseils aux voyageurs fournis par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international

Avant de partir à l'étranger, mieux vaut consulter la page Conseils aux voyageurs sur le site du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (<http://www.voyage.gc.ca/>). Vous y trouverez des avis sur les mesures de sécurité à prendre dans les pays que vous comptez visiter.

Rabais sur les produits d'assurance individuelle de Croix Bleue

- Vous bénéficiez de rabais sur l'ensemble des produits individuels d'assurance voyage de Croix Bleue. Vous pouvez profiter de ce rabais, entre autres, pour couvrir vos voyages après les 31 premiers jours ou vos bagages ou pour souscrire une assurance voyage si vous avez 71 ans ou plus.
- Les restrictions et les exclusions applicables aux produits individuels d'assurance voyage de Croix Bleue varient selon l'âge, l'affection dont souffre la personne, la destination et la durée du voyage.
- Pour connaître les produits individuels de Croix Bleue et y souscrire, vous devez communiquer directement avec Croix Bleue du Québec (514 286-7650 ou 1 877 286-7650) **avant** votre voyage. Vous pourrez prendre connaissance des restrictions applicables puis décider si vous souhaitez vous assurer en versant la prime exigible.

Annulation et interruption de voyage

L'assurance voyage couvre certains frais d'annulation ou d'interruption de voyage personnel à l'extérieur du Québec, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée, par événement.

La personne assurée doit avoir engagé les frais admissibles et s'être trouvée dans l'obligation d'annuler ou d'interrompre son voyage, pendant que l'assurance voyage est en vigueur.

Causes d'annulation ou d'interruption couvertes

L'annulation, l'interruption ou la prolongation d'un voyage personnel à l'extérieur du Québec est couverte si elle résulte de l'un des événements suivants :

- maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès de la personne assurée. Si celle-ci était atteinte d'une affection à la date de réservation du voyage, celle-ci devait être stable depuis au moins 31 jours selon les conditions prévues par le contrat ;
- maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès d'un membre de sa famille, de son compagnon de voyage ou d'un membre de la famille de celui-ci ;
- maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès d'un associé ou d'un employé clé ;
- diagnostic de grossesse après la date d'achat du voyage (ou la date du dépôt initial non remboursable) – la date de départ ou de retour doit se situer dans les deux mois précédant ou suivant la date prévue de l'accouchement ;
- convocation à agir comme juré, mise en quarantaine ou piraterie de l'air ;
- sinistre rendant la résidence principale inhabitable ;
- mutation demandée par l'employeur et nécessitant un déménagement de la résidence principale ;
- appel dans le cas des officiers de police, des pompiers volontaires, des réservistes et des membres des Forces armées (à l'exclusion du service militaire durant une guerre, déclarée ou non, ou d'une participation à une force de la paix) ;
- retard
 - raisons : panne mécanique du transporteur, mauvais temps, accident de la route ou barrage routier ordonné par la police ;
 - conséquence : correspondance manquée ou impossibilité de poursuivre le voyage selon les dispositions prévues ;
 - condition supplémentaire : transporteur censé arriver au point de correspondance au moins deux heures avant l'heure prévue du départ ;
- décès ou hospitalisation, avant le départ, de l'hôte à destination ;
- assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant le voyage (à l'exception des officiers responsables de l'application de la Loi) ;
- perte involontaire de l'emploi occupé depuis plus d'un an ;
- événement dans le pays de destination qui incite le gouvernement canadien à recommander à ses citoyens de ne pas s'y rendre (les réservations doivent avoir été faites avant l'émission de l'avis de sécurité) ;
- refus d'une demande de visa de séjour (demande de visa légitime, présentée à temps et non consécutive à un premier refus).

Frais admissibles en cas d'annulation de voyage	
Circonstances	Frais admissibles
Frais de voyage payés d'avance	Partie non remboursable des frais de voyage payés d'avance
Le compagnon de voyage annule le séjour pour l'une des causes couvertes et la personne assurée décide de poursuivre le voyage	Frais supplémentaires engagés, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable
Annulation en raison de l'une des causes couvertes	Frais supplémentaires engagés pour acheter le billet d'avion le plus économique pour le retour Partie inutilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance

Frais admissibles en cas d'interruption ou de prolongation de voyage	
Circonstances	Frais admissibles
Interruption de voyage en raison de conditions météorologiques qui empêchent d'effectuer une correspondance avec un autre transporteur pendant au moins 30 % de la durée du voyage	Partie inutilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance
Correspondance manquée en raison de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> retard du transporteur devant assurer la correspondance (résultant des conditions météorologiques, d'une défaillance mécanique ou par un barrage routier ordonné par la police) ; accident de la circulation dans lequel est impliqué le transporteur de la personne assurée (rapport de police nécessaire) 	Frais supplémentaires engagés pour acheter le billet le plus économique (avion, train ou autobus) pour se rendre à destination
Après le départ, la personne assurée manque une partie du voyage en raison de l'une des causes couvertes	Frais supplémentaires engagés pour acheter le billet le plus économique pour rejoindre une excursion ou un groupe
Prolongation du séjour en raison d'une maladie ou d'une blessure subie par la personne assurée, par un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou par un compagnon de voyage	Frais supplémentaires engagés pour acheter le billet d'avion le plus économique (vol de retour, aller simple)

Communiquer le plus tôt possible avec le service CanAssistance de Croix Bleue
Canada et États-Unis : 1 866 491-7726
Ailleurs dans le monde : 514 286-7726 (à frais virés)

Exclusions

Exclusions applicables aux prestations autres que les frais reliés à l'assurance voyage comprise dans le module majoré

Sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*, les cas suivants ne sont pas couverts :

- soins médicaux ou frais d'hospitalisation couverts par une loi fédérale ou provinciale ;
- services, soins ou produits que la personne assurée reçoit gratuitement ;
- services, soins ou produits administrés à des fins expérimentales ;
- vaccins, produits ou soins de nature préventive ;
- traitements, soins ou prothèses à des fins esthétiques, à moins qu'ils ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'un accident survenus pendant que l'assurance est en vigueur ;
- frais engagés pour des lunettes de soleil ou des lunettes protectrices ;
- frais engagés pour les produits suivants :
 - produits d'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) ;
 - shampoings, huiles, crèmes ;
 - produits de toilette y compris les savons et les émoullissants ;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau ;
 - produits antitabac (sauf ceux apparaissant sur la liste de la RAMQ) ;
 - minéraux ;
 - produits homéopathiques ou naturels ;
 - stimulants de la pousse des cheveux ;
 - stéroïdes anabolisants ;
- soins et prothèses dentaires, sauf s'ils sont requis à la suite d'un accident survenu pendant que l'assurance est en vigueur ;
- services d'un infirmier à domicile qui agit à titre de sage-femme ou de psychothérapeute, ou qui donne des soins autres que des soins infirmiers ;
- traitements et médicaments reliés au processus de la fécondation in vitro ;
- tous frais, services, articles ou produits non couverts au titre de la garantie ;
- frais pour tous soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont considérés comme médicalement nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ;
- frais admissibles, mais découlant 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 couverts en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu d'un régime public ;
 - de la participation active à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire.

Exclusions applicables aux frais reliés à l'assurance voyage comprise dans le module majoré

Aucune prestation n'est versée pour ce qui suit :

- pour une affection qui n'était pas jugée stable au cours des 31 jours précédant la date de départ ou dans les 31 jours précédant la date de réservation dans le cas de l'assurance annulation ;
- pour une personne assurée avec l'ancienne protection ou avec le module de base des protections modulaires ;
- pour une personne assurée âgée de 71 ans et plus ;
- à compter de la 32^e journée d'un voyage d'une durée de plus de 31 jours ;
- traitements et chirurgies conseillés par un médecin avant la date du départ ;
- accident survenu lors de la participation à un sport contre rémunération ou à toute compétition de véhicules à moteur ;
- hospitalisation dans les hôpitaux pour malades chroniques, maisons de soins de longue durée ou stations thermales ;
- soins, traitements, services ou produits autres que ceux considérés comme nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ou à la stabilisation de l'état de santé ;
- services, soins ou produits administrés sans frais ou à des fins expérimentales ;
- honoraires d'infirmiers pour les soins de soutien ou les soins donnés pour le confort du patient ;
- frais relatifs aux produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments : cosmétiques, produits de soins esthétiques ou de toilette, suppléments ou compléments alimentaires, produits naturels, produits servant à l'insémination artificielle, au traitement de la dysfonction érectile ou favorisant la perte de poids, stimulants de la pousse des cheveux, produits antitabac, stéroïdes anabolisants ;
- lunettes, lentilles cornéennes, appareils auditifs, prothèses capillaires et examen de la vue ;
- frais couverts par un régime public ou privé, ou en vertu d'une loi, exception faite de la part résiduelle, s'il y a lieu ;
- frais résultant des cas suivants :
 - suicide, tentative de suicide ou blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non ;
 - infraction ou tentative d'infraction au Code criminel en vertu de toute loi applicable de la province de résidence de la personne assurée, y compris la conduite avec facultés affaiblies (taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 10 ml de sang) ;
 - participation active à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire ;
 - voyage effectué principalement ou accessoirement en vue d'une consultation ou d'un traitement médical, même si un tel voyage est recommandé par un médecin ;
- frais résultant d'une annulation ou d'une interruption de voyage non couverte (exclusion applicable uniquement à l'assurance annulation et interruption de voyage).

Admissibilité et adhésion

Admissibilité

- Un employé qui répond à l'un ou l'autre des critères suivants au moment de son départ à la retraite ou de sa cessation d'emploi peut bénéficier de l'assurance santé offerte aux retraités d'Hydro-Québec :
 - compter au moins 10 années de service à Hydro-Québec au moment du départ à la retraite et recevoir une rente au titre du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ), à l'exclusion d'une rente différée, d'une rente ajournée, d'une rente de conjoint ou d'une rente d'enfant ;
 - être un employé qui, à la demande d'Hydro-Québec, a été mis à la retraite avant l'âge normal de la retraite et qui, au moment de sa cessation d'emploi, n'a pas droit à une rente ou n'a droit qu'à une rente différée ;
 - être un employé permanent qui reçoit d'Hydro-Québec, dans le cadre d'un licenciement, une indemnité de licenciement et qui, au moment de son départ, compte au moins 10 ans de service à Hydro-Québec et a 45 ans ou plus ;
 - quitter Hydro-Québec à 65 ans ou après avoir atteint cet âge.
- Le conjoint et les enfants à charge sont également admissibles.
- Si vous avez accès à différents régimes d'assurance collective (par exemple, celui d'Hydro-Québec et celui de votre conjoint), vous êtes tenu en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* d'adhérer à l'un d'eux. Par conséquent, si vous choisissez de ne pas participer au régime d'Hydro-Québec, vous devez souscrire l'assurance santé offerte au titre de l'autre régime.
- À votre 65^e anniversaire de naissance, votre conjoint, vous-même et vos enfants à charge, le cas échéant, aurez accès au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.
- Vous devrez vous inscrire à l'assurance médicaments de la RAMQ dès votre 65^e anniversaire de naissance pour que vos primes d'assurance collective demeurent inchangées (reportez-vous à la rubrique Coûts des protections pour obtenir des précisions). Sinon, elles subiront une majoration substantielle.
- Si votre conjoint atteint l'âge de 65 ans avant vous, il devra s'inscrire à l'assurance médicaments de la RAMQ dès son 65^e anniversaire de naissance afin que vos primes d'assurance collective demeurent inchangées. Sinon, elles subiront une majoration substantielle. De même, vous devrez vous inscrire au régime de la RAMQ dès votre 65^e anniversaire de naissance pour prévenir la majoration de vos primes d'assurance collective.

Particularité pour les conjoints ou enfants à charge survivants

Au décès d'un employé ou d'un retraité, le conjoint ou les enfants à charge de ce dernier qui :

- sont couverts par l'assurance santé d'Hydro-Québec et qui
- bénéficient d'une rente de conjoint ou d'une rente d'enfant (portion de rente) au titre du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ)

peuvent bénéficier de l'assurance santé offerte aux retraités et aux survivants.

- Le conjoint ou les enfants à charge doivent demander la couverture monoparentale ou individuelle dans les 60 jours suivant le décès de l'employé ou du retraité. S'ils renoncent à l'assurance santé, ils ne pourront revenir sur cette décision puisqu'elle est irrévocable.
- Le changement entre en vigueur le lendemain du décès de l'employé et aucune autre personne assurée ne pourra être ajoutée.
- La *Loi sur l'assurance médicaments* interdit de maintenir l'assurance médicaments du conjoint et des enfants à charge après le décès de l'employé. Ceux-ci doivent donc s'inscrire au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ (1 888 435-7999).

Choix de la protection

À compter du 1^{er} janvier 2017, au moment de son admissibilité à l'assurance santé offerte aux retraités, l'employé peut choisir l'ancienne protection ou opter pour les protections modulaires. Ce choix ne peut s'exercer qu'au moment de la fin d'emploi et il est **irrévocable**.

Description des protections modulaires

La nouvelle protection comprend un module de base et un module majoré.

Les principales différences entre l'ancienne protection et les deux modules de la protection modulaire sont les suivantes :

- aucune franchise annuelle (la franchise de 25 \$ est supprimée) ;
- carte de paiement direct de Croix Bleue permettant de ne payer en pharmacie que la partie non assurée des frais admissibles ;
- majoration du maximum viager de 35 000 \$ à 100 000 \$;
- ajout de quatre nouveaux appareils thérapeutiques à la couverture.

Le module de base ne couvre pas les frais paramédicaux et ne comporte pas d'assurance voyage, tandis que le module majoré couvre les honoraires de 18 catégories de professionnels de la santé et comprend une assurance voyage.

Si vous optez pour les protections modulaires, vous pourrez modifier votre choix de module (de base ou majoré) le 1^{er} janvier de chaque année, après avoir participé au moins trois ans continu au même module.

Par exemple, si vous avez opté pour le module majoré lors de votre retraite au 1^{er} juillet 2017, vous pourrez passer au module de base le 1^{er} janvier 2021.

Consulter le **Sommaire des protections** pour obtenir une description détaillée des caractéristiques de l'ancienne protection ou des protections modulaires.

Adhésion

Employé déjà couvert par l'assurance santé et qui répond aux critères d'admissibilité à l'assurance santé offerte aux retraités d'Hydro-Québec :

- L'assurance santé des retraités entre en vigueur. Vous avez à choisir entre l'ancienne protection ou opter pour les protections modulaires. À défaut, l'ancienne protection s'applique. Ce choix ne peut s'exercer qu'au moment de la fin d'emploi et il est **irrévocable**.
- La couverture de couple, le cas échéant, devient une couverture familiale.
- Pour renoncer à l'assurance, remplissez le formulaire Assurance santé en ligne ou communiquez avec le Centre de services RH. L'assurance prendra fin à votre dernier jour de travail. Veuillez noter que la *Loi sur l'assurance médicaments* oblige tout résident du Québec admissible à un ou plusieurs régimes collectifs d'assurance santé à adhérer à l'un deux. Vous devez donc veiller à être couvert par un autre régime – par exemple, le régime de votre conjoint ou, si vous avez plus de 65 ans, l'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). **La décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.**

Employé non couvert par l'assurance santé mais qui répond aux critères d'admissibilité à l'assurance santé offerte aux retraités d'Hydro-Québec :

- Vous avez une dernière chance de vous y inscrire. Si vous renoncez à l'assurance, cette décision sera **irrévocable**.
- Vous avez à choisir entre l'ancienne protection ou opter pour les protections modulaires. Ce choix entre les deux protections ne peut s'exercer qu'au moment de la fin d'emploi et il est **irrévocable**. Vous pouvez demander la couverture individuelle, monoparentale ou familiale. Pour adhérer, remplissez le formulaire Assurance santé en ligne ou communiquez avec le Centre de services RH.
- Pour renoncer à l'assurance santé, remplissez le formulaire Assurance santé en ligne ou communiquez avec le Centre de services RH dans les **30 jours suivant votre cessation d'emploi**. Vous devrez fournir la preuve que vous êtes déjà couvert par un autre régime comprenant une assurance médicaments.

- Si vous ne renoncez pas à l'assurance santé dans les 30 jours suivant votre cessation d'emploi et n'effectuez pas de choix entre les deux protections, la couverture individuelle de l'ancienne protection entrera en vigueur.
- Dans un cas comme dans l'autre, aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

Pendant la retraite, vous pourrez renoncer à l'assurance santé en tout temps. Le changement entrera en vigueur le 31 décembre suivant la date à laquelle vous informerez Hydro-Québec de votre décision. Pour ce faire, communiquez avec le Centre de services RH qui vous fera parvenir le formulaire à remplir. Veuillez noter que la *Loi sur l'assurance médicaments* oblige tout résident du Québec admissible à un ou plusieurs régimes collectifs d'assurance santé à adhérer à l'un deux. Vous devez donc veiller à être couvert par un autre régime – par exemple, le régime de votre conjoint ou, si vous avez plus de 65 ans, l'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). **La décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.**

Entrée en vigueur et cessation de l'assurance

Entrée en vigueur

- **Employé déjà couvert par l'assurance santé** : si vous répondez aux critères d'admissibilité à l'assurance santé offerte aux retraités d'Hydro-Québec, celle-ci entrera en vigueur à la date de votre cessation d'emploi.
- **Employé non couvert par l'assurance santé** : si vous répondez aux critères d'admissibilité à l'assurance santé offerte aux retraités d'Hydro-Québec et que vous demandez l'assurance dans les 30 jours suivant votre date d'admissibilité, l'assurance entrera en vigueur à cette date. Il en va de même pour la couverture de votre conjoint et des enfants à votre charge.

Cessation de l'assurance

- **Employé qui renonce à l'assurance santé au départ à la retraite** : si vous informez Hydro-Québec de votre décision dans les 30 jours suivant votre cessation d'emploi ou avant la date de votre cessation d'emploi, l'assurance prendra fin à cette date. Vous devrez fournir la preuve que vous êtes déjà couvert par un autre régime comprenant une assurance médicaments. **La décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.**
- **Retraité qui renonce à l'assurance santé pendant sa retraite** : le changement entre en vigueur le 31 décembre suivant la date à laquelle vous avez informé Hydro-Québec de votre décision. Vous devrez fournir la preuve que vous êtes déjà couvert par un autre régime comprenant une assurance médicaments. **La décision de renoncer à l'assurance santé des retraités est irrévocable.**

- **Retraité qui n'a pas accès à l'assurance santé à la retraite :**
 - Possibilité de transformation de l'assurance collective en assurance individuelle :
 - Cette transformation s'applique également au conjoint et aux enfants à charge assurés.
 - Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.
 - Vous devrez choisir parmi les produits offerts par l'assureur et présenter une demande dans les 60 jours suivant la cessation de l'assurance d'Hydro-Québec.
 - La garantie médicaments de l'assurance santé n'est pas transformable (règles de l'État). Vous devrez donc adhérer au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ (1 888-435-7999) si vous n'avez accès à aucun autre régime.

Personnes à charge

Vous pouvez demander l'assurance santé pour votre conjoint et pour vos enfants à charge.

Trois types de protection		
Individuelle	Monoparentale	Familiale
Retraité seulement	Retraité et enfants à charge	Retraité, conjoint et enfants à charge

Le **conjoint** désigne une personne unie au retraité par un mariage ou une union civile, légalement contracté au Québec ou ailleurs, reconnu par les lois du Québec et non dissous par divorce ou annulation; ou, à défaut, une personne dont le retraité aura apporté la preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle cohabite en permanence depuis un an avec le retraité, ou qui est le père ou la mère d'un enfant dont le retraité est le père ou la mère et que ce dernier présente publiquement comme conjoint et dont il n'est pas séparé depuis plus de trois mois.

L'**enfant à charge** désigne un enfant du retraité ou du conjoint du retraité ou des deux, non marié et sans conjoint, dépendant du retraité pour son soutien financier, et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de vingt et un (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 dix-huit (18) ans et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

Modification de la couverture

- Si vous avez opté pour les protections modulaires, vous pourrez modifier votre choix de module (de base ou majoré) le 1^{er} janvier de chaque année, après avoir participé **au moins trois ans en continu au même module**. Par exemple, si vous avez opté pour le module majoré lors de votre retraite au 1^{er} juillet 2017, vous pourrez passer au module de base le 1^{er} janvier 2021. Pour présenter une demande de changement de module, communiquez avec le Centre de services RH.
- Vous pouvez modifier votre couverture d'assurance. Reportez-vous au tableau ci-dessous pour faire un choix. Le changement entrera en vigueur à la date de l'événement (mariage, naissance, etc.) à l'origine de la demande de modification, si vous présentez celle-ci avant ou dans les 30 jours suivant l'événement. Pour présenter une demande de modification de la couverture, communiquez avec le Centre de services RH.
- Pour tout autre événement non précisé dans le tableau ci-après, la modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la réception de la demande par écrit.

Couverture initiale	Événements permettant de modifier la couverture		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
Individuelle		<ul style="list-style-type: none"> • Naissance ou adoption d'un enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Naissance ou adoption d'un enfant • Mariage ou union civile • Admissibilité du conjoint de fait • Perte de l'assurance du conjoint
Monoparentale	<ul style="list-style-type: none"> • Fin de l'admissibilité d'un enfant à charge • Décès d'un enfant à charge 		<ul style="list-style-type: none"> • Mariage ou union civile • Admissibilité du conjoint de fait • Perte de l'assurance du conjoint
Familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Décès du conjoint • Divorce ou dissolution d'une union civile • Fin de l'admissibilité du conjoint de fait 	<ul style="list-style-type: none"> • Décès du conjoint • Divorce ou dissolution d'une union civile • Fin de l'admissibilité du conjoint de fait 	

Coûts des protections

Participants admissibles à une retraite facultative ou anticipée au 1^{er} janvier 2015 ou avant,

ET

Participants non admissibles à une retraite facultative ou anticipée au 1^{er} janvier 2015 ou avant et comptant 25 années de service ou plus à Hydro-Québec au moment de la retraite :

- Hydro-Québec assume l'équivalent de 50 % de la prime de l'ancienne protection et le retraité paie l'excédent de la prime.
- Le coût de l'assurance voyage est inclus dans les taux de primes de la protection majoré
- Rappel : Au Québec, les primes payées par Hydro-Québec sont considérées comme un avantage imposable.

Ancienne protection

Catégorie	Couverture 2017*	Hydro-Québec	Retraité
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	Individuelle	22,24 \$	22,24 \$
	Monoparentale	31,12 \$	31,12 \$
	Familiale	51,44 \$	51,44 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	22,24 \$	22,24 \$
	Monoparentale	31,12 \$	31,12 \$
	Familiale	51,44 \$	51,44 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	69,03 \$	69,03 \$
	Monoparentale	77,42 \$	77,42 \$
	Familiale	145,75 \$	145,75 \$

* En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

La prime comprend la taxe sur les assurances collectives de 9 % et est payable par période de rente (deux fois par mois). Elle est révisée annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

Protections modulaires

Catégorie	Couverture 2017*	Hydro-Québec	Retraité
Module de base			
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	Individuelle	22,24 \$	23,07 \$
	Monoparentale	31,12 \$	31,93 \$
	Familiale	51,44 \$	52,15 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	22,24 \$	23,07 \$
	Monoparentale	31,12 \$	31,93 \$
	Familiale	51,44 \$	52,15 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	69,03 \$	72,51 \$
	Monoparentale	77,42 \$	80,93 \$
	Familiale	145,75 \$	151,82 \$
Module majoré			
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	Individuelle	22,24 \$	42,82 \$
	Monoparentale	31,12 \$	57,50 \$
	Familiale	51,44 \$	93,21 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	22,24 \$	42,82 \$
	Monoparentale	31,12 \$	57,50 \$
	Familiale	51,44 \$	93,21 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	69,03 \$	92,26 \$
	Monoparentale	77,42 \$	106,50 \$
	Familiale	145,75 \$	192,88 \$

* En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

La prime comprend la taxe sur les assurances collectives de 9 % et est payable par période de rente (deux fois par mois). Elle est révisée annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

Employés qui ne répondent pas au critère précédent :

- Hydro-Québec assume l'équivalent de 35 % de la prime de l'ancienne protection et le retraité paie l'excédent de la prime.
- Le coût de l'assurance voyage est inclus dans les taux de primes de la protection majoré
- Rappel : Au Québec, les primes payées par Hydro-Québec sont considérées comme un avantage imposable.

Ancienne protection

Catégorie	Couverture 2017*	Hydro-Québec	Retraité
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	Individuelle	15,57 \$	28,90 \$
	Monoparentale	21,78 \$	40,44 \$
	Familiale	36,01 \$	66,87 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	15,57 \$	28,90 \$
	Monoparentale	21,78 \$	40,44 \$
	Familiale	36,01 \$	66,87 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	48,32 \$	89,73 \$
	Monoparentale	54,19 \$	100,64 \$
	Familiale	102,02 \$	189,47 \$

* En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

La prime comprend la taxe sur les assurances collectives de 9 % et est payable par période de rente (deux fois par mois). Elle est révisée annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

Protections modulaires

Catégorie	Couverture 2017*	Hydro-Québec	Retraité
Module de base			
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	Individuelle	15,57 \$	29,74 \$
	Monoparentale	21,78 \$	41,27 \$
	Familiale	36,01 \$	67,58 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	15,57 \$	29,74 \$
	Monoparentale	21,78 \$	41,27 \$
	Familiale	36,01 \$	67,58 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	48,32 \$	93,22 \$
	Monoparentale	54,19 \$	104,15 \$
	Familiale	102,02 \$	195,55 \$
Module majoré			
Retraité et conjoint de moins de 65 ans	Individuelle	15,57 \$	49,49 \$
	Monoparentale	21,78 \$	66,84 \$
	Familiale	36,01 \$	108,64 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	15,57 \$	49,49 \$
	Monoparentale	21,78 \$	66,84 \$
	Familiale	36,01 \$	108,64 \$
Retraité et conjoint de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou à un régime équivalent	Individuelle	48,32 \$	112,97 \$
	Monoparentale	54,19 \$	129,71 \$
	Familiale	102,02 \$	236,61 \$

* En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

La prime comprend la taxe sur les assurances collectives de 9 % et est payable par période de rente (deux fois par mois). Elle est révisée annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

Traitement des demandes de règlement

Conditions de remboursement

Ancienne protection

- Les frais doivent être engagés pour des personnes assurées, pendant que l'assurance est en vigueur.
- Les frais doivent être nécessaires en raison d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident.
- Les frais sont assujettis à la franchise, au pourcentage de remboursement et aux maximums applicables, de même qu'aux exclusions prévues par le régime.
- Les frais doivent être raisonnables, d'ordre courant et nécessaire du point de vue médical.
- Les soins doivent être préalablement recommandés par un médecin, sauf indication contraire.
- Frais paramédicaux : 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 corporation, association ou ordre professionnels ;
 - être reconnus par l'assureur ;
 - exercer leur profession dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

Protections modulaires

- Les frais doivent être engagés pour des personnes assurées, pendant que l'assurance est en vigueur.
- Les frais doivent être nécessaires en raison d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident.
- Les frais sont assujettis au pourcentage de remboursement et aux maximums applicables, de même qu'aux exclusions prévues par le régime.
- Les frais doivent être raisonnables, d'ordre courant et nécessaire du point de vue médical.
- Les soins doivent être préalablement recommandés par un médecin, sauf indication contraire.
- Frais paramédicaux : 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 corporation, association ou ordre professionnels ;
 - être reconnus par l'assureur ;
 - exercer leur profession dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

Pour l'Assurance voyage, les frais admissibles doivent être engagés à la suite d'une situation ou d'un événement soudain, fortuit ou imprévisible qui nécessite des soins médicaux immédiats, qui résultent d'un accident, d'une nouvelle affection ayant débuté au cours du voyage ou d'une affection dont la personne assurée était atteinte avant son voyage mais qui était stable.

Une affection est jugée stable si, au cours des 31 jours précédant la date de départ (ou dans les 31 jours précédant la date de réservation dans le cas de l'assurance annulation), la personne assurée n'a pas :

- été traitée ou examinée pour de nouveaux symptômes liés à cette affection ou à une affection connexe ;
- présenté des symptômes dont la fréquence ou la sévérité a augmenté, ou reçu des résultats d'examens indiquant la détérioration de l'affection ;
- reçu l'ordonnance d'un nouveau traitement ou d'un changement de traitement relativement à cette affection (généralement, la diminution de la dose d'un médicament en raison de l'amélioration de l'état de santé ou un changement de médicament effectué dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme un changement de traitement) ;
- été admise ou traitée dans un hôpital en raison de cette affection ou
- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette affection (autres que les tests d'usage).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à l'état de santé dans son ensemble.

Modalités de règlement des frais

- Marche à suivre
- Coordination des prestations
- Assureur
- Consultation de relevés sur le portail de Croix Bleue

Marche à suivre

Marche à suivre pour les frais autres que l'assurance voyage comprise dans le module majoré

- **Médicaments** : la personne assurée avec les protections modulaires, (module de base ou majoré) a accès au mode de paiement direct de Croix Bleue permettant de ne défrayer en pharmacie que la partie d'un médicament non assurée par l'assurance. La personne assurée avec l'ancienne protection ne bénéficie pas de la carte de paiement direct.
- **Frais paramédicaux et autres frais médicaux** : Vous ou les personnes à votre charge réglez la totalité (100 %) des frais au moment de les engager. Vous devez ensuite présenter à l'assureur une demande de règlement accompagnée des originaux des factures et en conserver une copie. Si les frais engagés sont admissibles, l'assureur vous fera parvenir un remboursement par chèque établi à votre nom ou versera les prestations par dépôt direct.
- **Hospitalisation** (retraité, conjoint ou enfant à charge assuré) : Présentez votre certificat d'assurance lors de l'admission à l'hôpital. L'établissement transmettra la demande à l'assureur.
- **Frais dentaires à la suite d'un accident** : Utilisez le formulaire fourni par le dentiste.
- **Délai de présentation des demandes de règlement** : Vous devez présenter une demande dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous avez engagé les frais. Ce délai ne s'applique pas aux frais engagés pour des médicaments couverts en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*.
- **Adresse d'envoi des demandes de règlement** :

Croix Bleue
Contrat d'assurance 93268
C. P. 3300, succursale B
Montréal (Québec) H3B 4Y5

Marche à suivre pour les frais reliés à l'assurance voyage comprise dans le module majoré

- Lorsqu'une situation d'urgence se présente, vous devez communiquer le plus tôt possible avec CanAssistance :
 - **Canada et États-Unis – 1 866 491-7726 ;**
 - **ailleurs dans le monde – 514 286-7726 (à frais virés).**
- Vous devez ensuite présenter les demandes de règlement dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous avez engagé les frais.
- Voici les documents à fournir à l'appui de vos demandes :
 - factures détaillées pour les services hospitaliers, médicaux ou autres ;
 - certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été rendus.
- L'assureur s'occupe de demander à l'État le remboursement de la partie des frais qui doit être prise en charge par le régime public.
- Pour obtenir un formulaire de demande de règlement :
 - communiquez avec CanAssistance (coordonnées ci-dessus) ;
 - faites parvenir la demande de règlement dûment remplie à l'adresse suivante :

Croix Bleue
Règlements/Assurance voyage
Contrat 95505
C. P. 910, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K8

- Si vous en faites la demande, vous pouvez recevoir les prestations par dépôt direct.

Coordination des prestations

Principe général

Vous pouvez bénéficier simultanément de la protection de différents régimes (dont celui de votre conjoint, par exemple). Dans ce cas, les assureurs coordonnent le règlement des frais de manière à ce que le total des sommes versées par l'ensemble des régimes ne dépasse pas le montant des frais réellement engagés. Le processus de coordination des prestations peut permettre de faire régler par les régimes la totalité (100 %) des frais engagés.

Pour déterminer les prestations à verser, l'assureur prend en considération celles qui sont payables par les autres régimes, que vous ayez ou non soumis une demande de règlement au titre de ces régimes.

Régimes de l'État

Toutes les personnes assurées au titre du présent régime sont considérées comme étant également couvertes par l'assurance maladie du Québec. Par conséquent, l'État est toujours le premier payeur. L'assureur retenu par Hydro-Québec assume la part des frais qui excède ceux pris en charge par les régimes de l'État.

Dans le cas des retraités et des conjoints et enfants survivants qui sont inscrits au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, la coordination des prestations s'applique comme suit :

- Le montant global des frais engagés pour chaque ordonnance est assujéti au pourcentage de remboursement requis pour combler la différence entre la part prise en charge par la RAMQ et celle prise en charge par le régime d'Hydro-Québec (80 %).
- Cette règle s'applique jusqu'à ce que la personne assurée inscrite au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ atteigne la contribution maximale par année civile prévue par ce régime. Les frais engagés pour les enfants à charge assurés entrent dans le calcul de la contribution annuelle maximale de la personne adhérente.

Autre régime d'assurance collective

- Les prestations d'une assurance voyage individuelle ou ne comportant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles du régime d'Hydro-Québec.
- Si vous, votre conjoint ou les enfants à votre charge êtes également assurés par un autre régime d'assurance collective, vous devez présenter vos demandes de règlement au régime pertinent. Voici comment déterminer le régime qui s'applique :

Personne pour qui les frais sont engagés	Régime auquel il faut présenter la demande en premier
Retraité	Régime d'Hydro-Québec
Conjoint	Régime du conjoint
Enfants	Régime du parent dont la date de naissance arrive en premier durant l'année (sans égard à l'âge) Exemple : Vous êtes né le 1 ^{er} octobre et votre conjoint, le 25 avril. Vous devez présenter les demandes de règlement d'abord au régime de votre conjoint.

Vous pourrez ensuite présenter à l'autre assureur une demande de règlement pour la part des frais qui n'est pas prise en charge par le premier payeur, le cas échéant, et joindre une copie du relevé de règlement de cet assureur.

Frais engagés à l'extérieur du Québec

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

Assureur

Nom et coordonnées

L'assurance santé est établie par Croix Bleue au titre du contrat numéro 93268.

L'assurance voyage comprise dans le module majoré des protections modulaires est établie par Croix Bleue au titre du contrat numéro 95505.

Les demandes de règlement doivent être acheminées à l'une des adresses suivantes :

- Pour tous les frais, autres que les frais reliés à l'assurance voyage comprise dans le module majoré :

Croix Bleue
 Contrat d'assurance 93268
 C. P. 3300, succursale B
 Montréal (Québec)
 H3B 4Y5

- Pour tous les frais reliés à l'assurance voyage comprise dans le module majoré :

Croix Bleue
Contrat d'assurance 95505
C. P. 910, succursale B
Montréal (Québec)
H3B 3K8

Pour toute question relative au traitement d'une demande de règlement et au versement des prestations autres que les frais reliés à l'assurance voyage comprise dans le module majoré, communiquez directement avec Croix Bleue et indiquez votre nom, le numéro de contrat (93268) et le numéro de certificat (matricule) :

Montréal : 514 286-8348
Ailleurs : 1 800 645-8299

Pour toute question relative au traitement d'une demande de règlement et au versement des prestations reliés à l'**assurance voyage comprise dans le module majoré**, communiquez directement avec Croix Bleue et indiquez votre nom, le numéro de contrat (95505) et le numéro de certificat (matricule) :

Canada et États-Unis : 1-866-491-7726
Ailleurs dans le monde: 514-286-7726 (à frais virés)

Renseignements transmis à l'assureur

Hydro-Québec fournit à l'assureur les renseignements suivants à votre sujet, à titre de participant au régime, et au sujet des personnes à votre charge : nom, matricule, numéro d'assurance sociale (afin de respecter une des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*), sexe, date de naissance, adresse, couverture choisie ainsi que les dates d'entrée en vigueur et de cessation de l'assurance. À ces renseignements s'ajoutent les documents provenant des assurés ou obtenus lors du traitement des demandes de règlement.

Vos renseignements personnels seront conservés dans votre dossier d'assurance par Croix Bleue du Québec. Ils serviront à traiter les demandes de règlement. Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par Croix Bleue du Québec ont accès à ces renseignements dans le cours normal des affaires de l'entreprise.

Votre dossier sera conservé dans les bureaux de Croix Bleue du Québec. Sur demande écrite et moyennant un préavis de 30 jours, vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier. Vous pourrez demander une rectification des renseignements, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, 1993, c. 7. La demande doit être adressée au :

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

Consultation de relevés sur le portail de Croix Bleue

L'assureur met à votre disposition un portail Internet sécurisé où vous pouvez accéder à votre dossier d'assurance et faire les opérations suivantes :

- Obtenir l'historique de vos demandes de règlement.
 - Les demandes de règlement déjà traitées et l'historique des paiements de Croix Bleue contiennent une foule de renseignements utiles tels que la date d'émission des chèques ou la date de paiement, le calcul des prestations et la nature des frais réglés. En quelques clics, vous obtenez le détail de vos demandes et pouvez voir si une demande récente a été traitée.
- Consulter les renseignements personnels.
 - Cliquez sur l'onglet Adhérent pour visualiser tous les renseignements personnels et la liste des personnes à charge, s'il y a lieu, figurant dans votre dossier.
- Imprimer des relevés aux fins de l'impôt sur le revenu.
 - Entrez la période visée (par exemple, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007) et sélectionnez les options voulues dans les menus Assuré et Types de services assurés pour obtenir la liste des sommes versées par l'assureur pendant la période. Le relevé des règlements permet de calculer la part des frais admissibles non prise en charge par l'assureur qui pourra entrer dans le calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux.

Important : Vous devez absolument être inscrit sur le portail Internet sécurisé de Croix Bleue pour visualiser ou pour imprimer des relevés.

Voici comment obtenir des relevés :

1. Ouvrez une session sur le portail Croix Bleue.
2. Inscrivez votre nom d'utilisateur (numéro d'identification) et votre mot de passe, puis cliquez sur Envoyer.
3. À la page d'accueil, cliquez sur l'onglet Relevés.
4. Sélectionnez l'option Demandes de règlement.
5. Entrez la date de début et la date de fin de la période visée (par exemple, du « 01 janv. 2016 » au « 31 déc. 2016 »).
6. Sélectionnez Tous dans les menus Assuré et Type de service assuré.
7. Cliquez ensuite sur Rechercher, au bas de la page.

Vous obtenez alors une description détaillée des demandes de règlement traitées pendant la période visée. Vous pouvez imprimer le relevé en cliquant sur le bouton Imprimer, au bas de la page, en vue de le joindre à votre déclaration d'impôt sur le revenu.

Inscription sur le portail Croix Bleue

Nouveau participant au régime

Important : Lorsque vous recevez votre certificat d'assurance, communiquez avec le service à la clientèle de Croix Bleue au 514 286-8348 ou, sans frais, au 1 800 645-8299 afin d'obtenir votre numéro d'identification personnel de 11 chiffres.

1. Après avoir obtenu votre numéro d'identification personnel auprès du service à la clientèle de Croix Bleue, ouvrez une session sur le portail Internet sécurisé de Croix Bleue du Québec.
2. Cliquez sur Assurance santé.
3. Placez le curseur sur l'onglet Santé dans le haut de la page, puis sélectionnez l'option Adhérents Hydro-Québec, au bas du menu déroulant.
4. Choisissez l'option Première fois – Inscrivez-vous maintenant.
5. Cliquez sur la carte bleue.
6. Remplissez le formulaire d'inscription en ligne :
 1. Le numéro de contrat correspond au numéro de 10 chiffres indiqué sur votre certificat d'assurance et **débutant par 0093268**.
 2. Le numéro d'identification correspond au numéro de 11 chiffres que vous a fourni le service à la clientèle de Croix Bleue.
 3. Inscrivez et relisez attentivement toutes les autres renseignements demandés.
 4. Cliquez ensuite sur Envoyer, au bas de l'écran.
7. Un mot de passe temporaire sera envoyé à l'adresse électronique entrée durant l'inscription.
8. Après avoir reçu ce courriel, retournez à la page d'accueil du portail des adhérents d'Hydro-Québec et entrez le numéro d'identification (nom d'utilisateur) et votre mot de passe temporaire.

Important : entrez le mot de passe tel quel, c'est-à-dire en respectant les minuscules et majuscules et sans accents ni caractères spéciaux.
9. Changez le mot de passe, puis cliquez sur Envoyer pour sauvegarder le nouveau mot de passe. **Consignez-le.**
10. Cliquez sur Terminer après avoir sauvegardé les changements.
11. Accédez au portail des adhérents d'Hydro-Québec en entrant votre nom d'utilisateur (numéro d'identification) et votre mot de passe, puis cliquez sur Envoyer. Vous pouvez alors naviguer sur le portail.

Modalités de l'assurance en cas d'événement marquant

- Absence temporaire
- Décès
- Retraite
- Invalidité
- Naissance ou adoption d'un enfant
- Mariage ou union civile
- Divorce ou dissolution d'une union civile
- Cessation d'emploi ou mise à pied temporaire (pour un autre motif que la retraite)

Absence temporaire

Sans objet.

Décès

Au décès d'un retraité, le conjoint ou les enfants à charge du retraité peuvent conserver l'assurance santé, à l'exclusion de la couverture des médicaments, selon les dispositions indiquées ci-après.

- Le conjoint ou les enfants à charge déjà assurés qui bénéficient d'une rente de conjoint ou d'une rente d'enfant (portion de rente) au titre du Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) peuvent bénéficier de l'assurance santé offerte aux retraités et aux conjoints survivants.
- Le conjoint ou les enfants à charge peuvent demander la couverture monoparentale ou individuelle dans les 60 jours suivant le décès du retraité.
- S'il y a lieu, le changement entre en vigueur le lendemain du décès du retraité et aucune autre personne assurée ne pourra être ajoutée.
- La décision de ne pas conserver l'assurance santé est irrévocable.

- La *Loi sur l'assurance médicaments* interdit de maintenir la couverture des médicaments pour le conjoint et les enfants à charge après le décès d'un participant à un régime d'assurance collective. Ceux-ci doivent donc s'inscrire au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.
- Le transfert s'effectue vers l'ancienne protection ou vers les protections modulaires, selon le choix en vigueur au moment du décès du retraité.
- Si le retraité participait avec le module de base ou majoré, le transfert s'effectue vers le même module. Le changement sera possible le 1^{er} janvier de chaque année, après au moins trois ans de participation continue au même module, incluant la participation d'avant le décès.

Prestations en cas de décès

Consultez les dispositions sur l'assurance vie et sur le Régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ) pour avoir des précisions sur les prestations en cas de décès.

Retraite

À compter du 1^{er} janvier 2017, lors de son départ à la retraite, le retraité admissible aux protections d'assurance santé doit choisir entre l'ancienne protection ou les protections modulaires. Ce choix ne peut s'exercer qu'au moment de la fin d'emploi et il est **irrévocable**. À défaut de faire un choix, il est présumé que le retraité a opté pour l'ancienne protection.

Invalidité

En cas d'invalidité, l'assurance santé demeure en vigueur moyennant le paiement des primes selon les mêmes modalités de partage des primes que celles qui avaient cours avant l'invalidité.

Naissance ou adoption d'un enfant

- Vous pouvez changer de type de couverture et passer d'une couverture individuelle à une couverture monoparentale ou familiale. Pour en savoir plus à ce sujet, veuillez-vous reporter aux rubriques Modification de la couverture et Personnes à charge de la section **Admissibilité et adhésion**.
- Le changement entrera en vigueur à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant, si vous présentez votre demande dans les 30 jours suivant cette date ou avant la naissance ou l'adoption. Sinon, il entrera en vigueur à la date de réception de la demande. Pour présenter la demande de modification, communiquez avec le Centre de services RH qui vous fera parvenir le formulaire à remplir.
- Si vous avez déjà une couverture monoparentale ou familiale, il suffit d'inscrire l'enfant, à titre de personne à charge, auprès du Centre de services RH.

Mariage ou union civile

- Vous pouvez modifier votre type de couverture et passer d'une couverture individuelle ou monoparentale à une couverture familiale. Pour en savoir plus à ce sujet, veuillez-vous reporter aux rubriques Modification de la couverture et Personnes à charge de la section **Admissibilité et adhésion**.
- Le changement entrera en vigueur à la date de la cérémonie, si vous présentez votre demande dans les 30 jours suivant cette date ou avant l'événement. Sinon, il entrera en vigueur à la date de réception de la demande. Pour présenter la demande de modification, communiquez avec le Centre de services RH qui vous fera parvenir le formulaire à remplir.

Divorce ou dissolution d'une union civile

- Vous pouvez modifier votre type de couverture et passer d'une couverture familiale à une couverture individuelle ou monoparentale. Pour en savoir plus à ce sujet, veuillez-vous reporter aux rubriques Modification de la couverture et Personnes à charge de la section **Admissibilité et adhésion**.
- Le changement entrera en vigueur à la date du jugement, si vous présentez votre demande dans les 30 jours suivant cette date ou avant le jugement. Sinon, il entrera en vigueur à la date de réception de la demande. Pour présenter la demande de modification, communiquez avec le Centre de services RH qui vous fera parvenir le formulaire à remplir.

Cessation d'emploi ou mise à pied temporaire (pour un autre motif que la retraite)

Sans objet