

Foire aux questions

Les réponses aux questions suivantes s'adressent aux membres des syndicats qui adhèrent aux assurances collectives de la FNEEQ-CSN. Nous vous invitons à communiquer avec votre syndicat pour connaître les protections qui vous sont offertes.



Adhésion

L'adhésion au régime est-elle obligatoire ?

L'adhésion à l'assurance maladie est obligatoire si vous avez un pourcentage de tâche ou un salaire suffisant pour être admissible au régime. Cependant, si vous êtes couvert par le régime d'assurance maladie de l'employeur de la personne conjointe ou par un celui d'un organisme ou d'un ordre professionnel dont vous faites partie, vous avez la possibilité de vous exempter de l'assurance maladie du régime de la FNEEQ. Le cas échéant, vous devez fournir à votre employeur la preuve que vous êtes couvert en vertu de cet autre régime avec des protections équivalentes.

Les protections pour les soins dentaires, l'assurance vie et l'assurance maladies graves sont optionnelles. L'avantage de ces protections réside principalement dans la compétitivité des taux de prime d'une assurance collective par rapport à ceux d'une assurance individuelle.

Depuis quelques années, sans égard à la protection en assurance maladie, l'assurance invalidité de longue durée est devenue obligatoire sauf pour les enseignants non permanents des cégeps publics pour qui cette protection demeure néanmoins fortement recommandée. Puisque des modalités particulières s'appliquent à certaines catégories et secteurs, nous vous invitons à consulter la Brochure explicative de La Capitale pour en connaître la teneur. Enfin, l'assurance invalidité de courte durée est obligatoire pour les membres des syndicats des regroupements privés et universités qui y adhèrent.

Si j'ai une exemption en assurance maladie, pourrai-je revenir plus tard sur ma décision ?

Pour l'assurance maladie, vous pourrez décider d'être à nouveau couvert par le régime seulement s'il devient impossible pour vous d'être couvert en vertu du régime de la personne conjointe (perte d'emploi, séparation, décès) ou de celui de l'organisme dont vous faites partie. Le cas échéant, vous aurez l'obligation d'être couvert dans le présent régime et vous pourrez aussi souscrire une protection en assurance soins dentaires.

Quand pourrai-je modifier mes choix de protection ?

À la suite d'un événement de vie admissible, vous disposez d'une période de 30 jours pour modifier vos choix de protection. En dehors de ces événements, vous pouvez réduire ou augmenter vos protections, à certaines conditions, dans le cadre du renouvellement annuel d'adhésion. Pour en savoir plus, consultez la section « Modifier ses choix » du Guide d'adhésion.

Une fois mon adhésion complétée, est-ce que La Capitale me confirmera mes choix de protection ?

Oui. Une attestation d'assurance vous sera transmise directement par La Capitale.

Assurance maladie et soins dentaires

Quelles sont les principales différences entre les niveaux de protections offerts pour l'assurance maladie et les soins dentaires ?

En assurance maladie, il y a deux principales différences.

La première concerne le pourcentage de remboursement. La protection de base (module A) offre généralement 70 % de remboursement comparativement à 80 % pour la protection régulière (module B) et à 90 % pour la protection enrichie (module C).

La deuxième concerne les soins paramédicaux. La protection de base (module A) ne donne accès qu'aux traitements des chiropraticiens alors que les protections régulière (module B) et enrichie (module C) donnent accès à une grande diversité de soins, la protection enrichie donnant notamment accès à des traitements de massothérapie sur ordonnance médicale.

Pour les soins dentaires, il n'y a pas de franchise et le maximum annuel remboursé pour chacun des assurés dans votre plan de protection est de 1 000 \$. La protection de base (option 1) offre un remboursement de 80 % des soins de base et préventifs alors que la protection enrichie (option 2) ajoute à cela un remboursement de 80 % des restaurations majeures en endodontie et parodontie.

Évidemment, plus la protection est étendue, plus elle est onéreuse (voir le Sommaire des protections pour plus de détails).

À partir de quel montant mes médicaments sont-ils remboursés à 100 % ?

Cela dépend de la protection choisie. Dans la protection de base (module A), c'est lorsque l'adhérent a déboursé un montant maximal pour ses médicaments et ceux des membres de sa famille; ce montant déterminé par la RAMQ vaut 963 \$ en 2012 et augmente à chaque année. Le déboursé est le montant net payé par l'adhérent une fois le remboursement reçu de La Capitale.

Dans les protections régulière et enrichie (modules B et C), c'est lorsque l'adhérent et l'ensemble des membres de sa famille ont atteint 2 500 \$ de médicaments que le remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année. Le plafond de coassurance est ainsi nettement meilleur dans les modules B et C.

Puis-je refuser la protection pour l'assurance maladie et les soins dentaires ?

Vous devez obligatoirement choisir la protection d'assurance maladie si vous n'êtes pas couvert en vertu du régime d'assurance maladie de la personne conjointe. Cette condition ne s'applique pas à la protection pour les soins dentaires que vous pouvez refuser si vous le désirez.

Est-il possible de choisir un plan de protection individuel pour les soins dentaires et un plan de protection familial pour l'assurance maladie ?

Non. Le plan de protection (individuel, couple, monoparental, familial) doit être le même pour les soins dentaires que celui de l'assurance maladie. Et en assurance maladie, vous n'avez pas de choix : si votre conjoint n'est pas couvert par un régime collectif, vous devez l'inclure dans votre protection; de même, si vous avez des enfants à charge, vous devez aussi les inclure.

À qui dois-je m'adresser pour m'informer de l'état d'une demande de règlement en assurance maladie ou pour les soins dentaires ?

Communiquez directement avec le service à la clientèle de La Capitale.

Les massages sont-ils couverts ?

Seule la protection enrichie (module C) offre une possibilité de remboursement pour la massothérapie (avec prescription médicale) à l'intérieur d'un regroupement de professionnels. Le remboursement est de 90 % d'un maximum de 50 \$ par visite et il est sujet à un maximum de remboursement annuel de 900 \$ pour l'ensemble des professionnels du regroupement.

Assurance maladie et soins dentaires – suite

Les lunettes et les examens de la vue sont-ils couverts ?

Seuls les modules B et C offrent respectivement un remboursement de 80 % et de 90 % pour un examen de la vue tous les deux ans. Le maximum admissible pour chaque personne assurée est de 50 \$ par visite. L'achat de lunettes ou de lentilles de contact n'est pas remboursé par l'assurance.

La résonance magnétique, le scan et l'imagerie médicale en clinique privée ou les analyses en laboratoire privé sont-ils couverts ?

Non. Il y a de nombreuses années, la décision a été prise de ne pas rembourser les frais pour des soins ou services déjà offerts dans le secteur public.

Durant une période d'invalidité, est-ce que je peux augmenter mes protections en assurances maladie et dentaire ?

Non. Durant une période d'invalidité, vous ne pouvez pas modifier votre niveau de protection. Toutefois, vous bénéficiez d'une exonération, c'est-à-dire que vous n'avez plus à payer vos primes d'assurance maladie et d'assurance dentaires après deux ans d'invalidité.

Est-ce que j'ai une protection lorsque je voyage ?

Oui. Quelle que soit la protection choisie en assurance maladie (de base, régulière ou enrichie) une assurance voyage couvre 100 % des soins médicaux d'urgence. Une assurance annulation de voyage prévoit aussi le remboursement de 100 % des frais payés d'avance lors de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage. Certaines conditions et maximums s'appliquent. Consultez la Brochure explicative pour en connaître la teneur.

La protection de base (module A) me permet-elle de recevoir des remboursements pour des soins paramédicaux ?

Oui, mais seuls les frais de chiropraticien sont remboursés; le remboursement est de 70 % d'un maximum de 50 \$ par visite et le remboursement maximum annuel est de 400 \$ par personne assurée. Les autres soins paramédicaux et les soins de psychologue ne sont pas remboursés dans la protection de base mais ils peuvent donner droit à une réduction de l'impôt sur le revenu.

Quel est le remboursement auquel j'ai droit lorsque je reçois des soins paramédicaux dans les modules B et C ?

Essentiellement, c'est le pourcentage de remboursement qui varie de 80 % dans la protection régulière à 90 % dans la protection enrichie. De même, le maximum annuel de remboursement par personne assurée est plus élevé dans la protection enrichie. Enfin, dans la protection enrichie seulement, les frais de massothérapie sont remboursés à 90 % avec un maximum admissible de 50 \$ par visite. (Voir le Sommaire des protections pour plus de détails).

Si j'ai actuellement une assurance dentaire puis-je y mettre fin ?

Dans la campagne d'adhésion au régime modulaire de l'automne 2012, il vous est possible de mettre un terme à l'assurance dentaire au 1^{er} janvier 2013. Par la suite, vous pouvez mettre fin à votre protection dès que vous aurez atteint la durée minimale de participation ou lors d'un événement de vie admissible.

L'orthodontie est-elle couverte ?

L'orthodontie n'est couverte dans aucune des options d'assurance dentaire.

Assurance vie

Si je souhaite adhérer à l'assurance vie, dois-je toujours fournir une preuve d'assurabilité ?

Non. Il est possible d'adhérer aux garanties de base d'assurance vie sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité en remplissant une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant l'un des événements de vie admissibles suivants : l'acquisition de la permanence, le mariage ou l'équivalent, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant, une séparation ou un divorce, la terminaison du régime d'assurance collective de la personne conjointe ou le décès de celle-ci. Vous pouvez aussi y adhérer sans fournir de preuve lors de votre entrée en service chez votre employeur.

En dehors de ces périodes, une preuve d'assurabilité est exigée.

De même, une preuve d'assurabilité est toujours exigée lors de l'adhésion ou de l'ajout de tranches d'assurance vie additionnelle pour la personne adhérente ou la personne conjointe.

En quoi consiste une adhésion avec preuve d'assurabilité ?

Lorsque vous désirez souscrire ou augmenter une protection d'assurance vie pour vous, vos enfants à charge ou la personne conjointe, l'assureur peut exiger des preuves d'assurabilité. Par exemple, il pourrait s'agir d'un questionnaire médical que vous devez remplir et retourner directement à l'assureur. Dans certains cas, l'assureur peut demander un examen médical. La protection demandée entrera en vigueur une fois que l'assureur aura évalué et approuvé votre demande.

Ai-je le choix du montant de protection de mon assurance vie ?

Oui, vous pouvez vous assurer pour la valeur d'une fois ou deux fois votre salaire annuel, mais ce montant ne peut être inférieur à 35 000 \$ et 70 000 \$ respectivement. Cette assurance de base inclut l'assurance maladies graves (25 000 \$). Si vous avez plus de 65 ans, votre protection diminue de moitié (soit 1 fois ou ½ fois votre salaire annuel). À compter de 70 ans, si vous êtes toujours au travail, elle diminue à 10 000 \$.

De plus, si vous détenez une protection de deux fois votre salaire en assurance vie de base, vous pouvez ajouter de 1 à 10 tranches de 25 000 \$ d'assurance vie additionnelle.

Ai-je le choix du montant de protection en assurance vie pour mon conjoint et mes enfants à charge ?

Oui et non ! L'assurance vie de base de la personne conjointe et des enfants à charge est disponible si vous avez adhéré à l'assurance vie de base de l'adhérent (soit vous-même). Le montant de base est de 10 000 \$ pour le conjoint (5 000 \$ s'il est âgé de 65 ans ou plus) et de 5 000 \$ pour chacun des enfants à charge.

Si vous adhérez à l'assurance vie des personnes à charge, il vous est alors possible d'ajouter de 1 à 10 tranches de 25 000 \$ d'assurance vie additionnelle pour votre conjoint.

Assurance maladies graves

Comment puis-je y adhérer à la nouvelle protection en cas de maladies graves ?

Cette protection est indissociable de l'assurance vie de base de l'adhérent. Vous devez donc adhérer à l'assurance vie de base de l'adhérent pour la valeur d'une ou deux fois votre salaire annuel pour que l'assurance maladies graves vous soit automatiquement octroyée.

L'assurance maladies graves couvre-t-elle aussi la personne conjointe ?

Non, seule la personne adhérente est couverte par cette assurance.

Puis-je recevoir la prestation d'assurance maladies graves même si je suis au travail ?

Oui. C'est le diagnostic qui détermine le versement de la prestation. Ce montant forfaitaire est non imposable et vous êtes libre de l'utiliser comme bon vous semble.

Si j'ai reçu le diagnostic d'une maladie grave couverte par cette assurance juste avant la prise d'effet de ma couverture, aurai-je droit à la prestation ?

Non. Dans ce cas précis, la règle des conditions préexistantes s'applique. Selon cette règle, si vous demandez une prestation au cours des 24 mois suivant votre adhésion à la protection, l'assureur vérifiera si vous avez consulté un médecin ou reçu des traitements pour cette maladie au cours des 24 mois précédant votre adhésion. Si c'est le cas, la prestation ne sera pas payable.

Cette règle du délai de 24 mois s'applique-t-elle à toutes les maladies ?

Oui, mais en plus, une autre restriction s'applique pour le cancer; la garantie ne couvre pas les cas de cancer diagnostiqués dans les 90 premiers jours suivant votre adhésion.

Quelles sont les maladies graves et les montants couverts par l'assurance maladies graves ?

L'indemnité maximale est de 25 000 \$. C'est le montant forfaitaire non imposable maximal et viager que l'adhérent peut toucher en cas de maladies graves. Consultez la Brochure explicative de La Capitale pour connaître la liste des maladies graves couvertes et le pourcentage de l'indemnité touché en fonction de chaque maladie.