



GUIDE DES PERSONNES RETRAITÉES [RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ]

** Le coût de la couverture figure à la page d'accueil d'Info retraite.*

Dernière mise à jour : octobre 2025

Table des matières

Régime de soins de santé	2
Sommaire de la couverture et compte CSS.....	2
Principaux intervenants	4
Admissibilité et adhésion	6
Fonctionnement du régime	9
Coût de la protection	11
Veuillez consulter la page principale du Coin des retraités pour les taux en vigueur	11
Comment les coûts sont déterminés	11
Imposition	12
Frais admissibles	12
Régime d'assurance médicaments de la RAMQ	14
Soins d'urgence et assistance voyage hors de votre province de résidence (remboursés à 100%)	15
Psychologues, psychiatres et psychothérapeutes	18
Exclusions et restrictions	19
Demandes de règlement	22
Comment présenter une demande	22
Médicaments	22
Frais autres que ceux de médicaments	24
Quand présenter une demande de règlement	24
Présentation d'une demande de règlement	24
Si vous bénéficiez d'une autre protection	25
Événements de la vie	27
Cessation de la protection.....	28
Dans votre cas	28
Dans le cas de vos personnes à charge	28
Numéro de contrat : 103424	28

Régime de soins de santé

Le régime de soins de santé de l'Université Concordia vous aide, vous et vos personnes à charge admissibles, à acquitter certains frais de santé en cas de maladie ou de blessure.

Bien que de nombreux services et traitements soient couverts, certaines exclusions et restrictions s'appliquent.

Si vous prévoyez engager des frais inhabituels ou qui ne font pas partie de la liste des frais admissibles, il est important que vous communiquiez avec la **Sun Life** afin de vous assurer de leur admissibilité avant de les engager.

Et souvenez-vous que la prévention est la clé d'une bonne santé. Mangez bien, faites de l'activité physique et prenez soin de vous chaque jour.

Sommaire de la couverture

Couverture actuelle

Franchise	3 \$ par produit comportant un numéro d'identification de médicament
-----------	--

Pourcentage de remboursement après déduction de la franchise et sous réserve de certains plafonds :

Médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ	80 % (ou 100 % une fois que les frais de médicaments admissibles dépassent 3 000 \$ par famille au cours d'une année de régime)*
Médicaments non inscrits sur la liste de la RAMQ	60 % (ou 100 % une fois que les frais de médicaments admissibles dépassent 3 000 \$ par famille au cours d'une année de régime)*

*Nota : pour chaque année de régime, celui-ci prévoit le remboursement à 100 % des médicaments inscrits et non inscrits sur la liste de la RAMQ pour le reste de l'année de régime, après que ces frais combinés ont atteint 3 000 \$.

Pourcentage de remboursement, sous réserve de certains plafonds. Aucune franchise applicable :

Services paramédicaux et autres services médicaux	80 %, sous réserve d'un montant maximal
Psychologie, psychiatrie et psychothérapie	80 %, sous réserve d'un montant maximal
Audiologie et orthophonie	80 %, sous réserve d'un montant maximal
Soins de la vue (le cas échéant)	80 %, sous réserve d'un montant maximal
Soins d'urgence et assistance voyage à l'extérieur de la province	100 % (voyage d'un maximum de 180 jours)
Hospitalisation (chambre à deux lits dans un hôpital général public ou dans un hôpital pour convalescents autorisé)	100 %
Soins d'urgence et assistance voyage :	Maximum à vie de 3 M\$ par personne assurée
Tous autres frais admissibles combinés :	Maximum à vie de 1 M\$ par personne assurée **

Le maximum annuel de 3000 \$ ne s'applique pas à ce qui suit :

- services paramédicaux et médicaux;
- psychologie, psychiatrie et psychothérapie;
- soins de la vue; et
- audiologie et orthophonie

** Les médicaments d'ordonnance inscrits sur la liste de la RAMQ continueront à être remboursés même si ce maximum est atteint.

Consultez la section Frais admissibles, où vous verrez la liste des frais remboursables. Consultez également la section Exclusions et restrictions.

Compte de soins de santé (CSS)

Le CSS est une allocation annuelle à utiliser selon les besoins pour obtenir le remboursement de frais médicaux et dentaires non couverts ou partiellement couverts par le régime. Cette flexibilité supplémentaire vous permettra d'obtenir le remboursement de soins dont vous avez besoin. Le 1^{er} janvier de chaque année, l'Université déposera le montant auquel vous êtes admissible dans votre CSS. Le montant auquel vous avez droit s'applique par certificat (vous et vos personnes à charge admissibles au régime de soins de santé) et est fonction de votre catégorie de couverture et de votre âge (moins de 65 ans ou 65 ans et plus) au 1^{er} janvier de chaque année.

Exemples de frais dont le remboursement peut être demandé au titre du CSS : primes d'assurance de soins de santé, examens de la vue, lunettes, soins dentaires, y compris les soins orthodontiques, services paramédicaux, appareils médicaux, chambre d'hôpital à un lit.

Principaux intervenants

Un régime de soins de santé, c'est bien plus qu'un simple mécanisme de remboursement des frais.

Dans les coulisses s'activent plusieurs personnes qui veillent à l'administration du régime. Voici quels sont les principaux intervenants.

Régimes de retraite et d'avantages sociaux

L'équipe des Régimes de retraite et d'avantages sociaux est composée de spécialistes des Ressources humaines qui travaillent avec le comité des avantages sociaux et l'assureur.

La personne responsable des régimes d'avantages sociaux est :

Tania Lacroix
Chef – Régimes de retraite et d'avantages sociaux
Tél. : 514 848-2424, poste 3661
Télec. : 514 848-2844
tania.lacroix@concordia.ca

Adresse postale :

FB 1130
Université Concordia
1455, boulevard de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec) H3G 1M8

Services aux employés

L'équipe des Services aux employés est composée de membres du personnel des Ressources humaines qui accompagnent les employés et les retraités dans leur utilisation du régime au quotidien.

Coordonnées :
Adresse électronique : hr-employeeservices@concordia.ca
Numéro de télécopieur : 514 848-2844

Adresse postale :

FB 1130
Université Concordia
1455, boulevard de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec) H3G 1M8

En personne :

1250, rue Guy, FB 1130

Comité des avantages sociaux

Le comité des avantages sociaux est composé de représentants des employés et de l'employeur. Relativement au régime de retraite, il a pour mandat :

- d'examiner le régime;
- de recommander des modifications au régime au conseil d'administration.

Membres actuels du comité des avantages sociaux :

Représentants du corps professoral

- M^{me} June Chaikelson, Ph. D.
- M^{me} Shelley Reuter, Ph. D.

Représentants du personnel administratif et de soutien

- M^{me} Faith Howard
- M. Brian Cooper

Représentants des groupes d'employés à temps partiel

- M^{me} June Riley (acquiert le droit de vote en l'absence de représentants du corps professoral et du personnel administratif et de soutien)

Représentants des participants inactifs

- M. Jamshid Etezadi, Ph. D.
- Membre suppléant : M^{me} Amely Jurgenliemk

Vous pouvez joindre ces personnes en communiquant avec le [secrétaire du comité](#).

Membres du conseil d'administration et représentants de l'Université

- M. Jeff Bicher, président du comité, membre du conseil d'administration
- M^{me} Hélène Fortin, vice-présidente du comité, désignée par le conseil d'administration
- M. Michael Di Grappa, vice-recteur aux services et au développement durable
- M^{me} Caroline Jamet, désignée par le conseil d'administration
- M^{me} Kathleen Lizé, désignée par le recteur et vice-chancelier de l'Université
- M^{me} Frederica Jacobs (sans droit de vote), désignée par le président du conseil d'administration

Vous pouvez joindre ces personnes en communiquant avec le [secrétaire du comité](#).

Secrétaire du comité

- M. Marc Gauthier
Secrétaire, comité des avantages sociaux
1455, boulevard de Maisonneuve Ouest,
bureau GM-700
Montréal (Québec) H3G 1M8
Tél. : 514 848-2424, poste 5737
Téléc. : 514 848-8626
benefitscommittee@concordia.ca

Financière Sun Life

L'Université a confié à la Financière Sun Life le mandat de souscrire et d'administrer le régime de soins de santé de Concordia contre rémunération.

La Financière Sun Life met en application les orientations du comité des avantages sociaux et de l'équipe des régimes de retraite et d'avantages sociaux pour gérer notre compte. Elle assume le risque des demandes de règlement qui dépassent les limites établies.

Vous

En tant que participante ou participant, vous jouez également un rôle de premier plan, car votre utilisation de la couverture influe directement sur son coût.

Gouvernement

Le gouvernement joue lui aussi un rôle, car c'est lui qui adopte les lois susceptibles d'influer sur votre couverture de soins de santé.

De plus, le gouvernement offre un régime provincial d'assurance maladie, dont le régime de Concordia est complémentaire. Toutefois, si le gouvernement en venait à réduire ou à supprimer cette protection, l'Université ne modifiera pas nécessairement son régime ni ne remboursera automatiquement des frais supplémentaires. Le comité des avantages sociaux revoit périodiquement la portée de la protection.

Admissibilité et adhésion

Vous êtes admissible au régime de soins de santé de Concordia si :

- vous êtes membre d'un groupe d'employés admissibles;
- vous êtes un citoyen canadien couvert par un régime provincial d'assurance maladie ou une personne possédant le statut d'employé non résident au Québec; et
- vous êtes soit :
 - un employé permanent, soit
 - une personne retraitée (c'est-à-dire toute personne qui touche une rente du régime de retraite de Concordia) qui bénéficiait du régime de soins de santé de Concordia au moment de prendre sa retraite.

Votre conjoint et vos enfants à charge sont également admissibles.

Règles propres aux résidents du Québec de moins de 65 ans

Si vous quittez Concordia pour prendre votre retraite avant d'atteindre l'âge de 65 ans, les règles suivantes s'appliquent, selon que vous demeurez ou non au Québec.

Si vous demeurez au Québec...

La loi québécoise vous oblige à conserver la couverture du régime de soins de santé de Concordia, sauf si :

- vous bénéficiez d'une autre couverture de soins de santé (celle offerte par l'employeur de votre conjoint, par exemple); ou
- vous n'êtes PAS une personne retraitée admissible.

Si vous demeurez à l'extérieur du Québec...

Si vous êtes une personne retraitée admissible, vous aurez **une seule** fois la possibilité de maintenir votre couverture de soins de santé de Concordia **ou d'y renoncer**.

Si vous y renoncez, votre décision sera **irrévocable**, ce qui signifie que vous ne pourrez plus jamais bénéficier du régime de soins de santé de Concordia. La seule exception à cette règle est la suivante :

- vous avez renoncé à la protection parce que vous étiez couvert par un autre régime, comme celui de l'employeur de votre conjoint (et vous avez fourni une preuve de cette couverture à l'équipe des régimes de retraite et d'avantages sociaux au moment de la renonciation); et
- vous avez perdu cette couverture par la suite. Dans ce cas, vous pourrez adhérer au régime de soins de santé de Concordia dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous perdez la protection de l'autre régime. Vous devrez produire une preuve de la perte de votre autre protection pour pouvoir devenir admissible au régime de soins de santé de Concordia.

Règles propres aux résidents du Québec de 65 ans ou plus

Que vous soyez ou non à la retraite, si vous avez 65 ans ou plus et que vous résidez au Québec, vous pouvez décider que les médicaments inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) seront remboursés :

- par le régime d'assurance médicaments universel provincial; ou
- par un régime d'assurance collective, comme celui de Concordia (l'Université vous demandera alors de payer une prime supplémentaire).

Certaines conditions s'appliquent.

Nota : L'exigence liée à l'âge s'applique à vous et non à votre conjoint. Par conséquent, les règles ci-dessus seront mises en application si vous avez 65 ans ou plus, et ce, quel que soit l'âge de votre conjoint. En outre, si vous avez moins de 65 ans, mais que votre conjoint a 65 ans ou plus, les médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ continueront d'être remboursés par le régime de Concordia.

Si vous souhaitez obtenir le remboursement d'autres frais admissibles, nous vous recommandons de maintenir votre adhésion au régime de soins de santé de Concordia. Le choix que vous ferez relativement à votre couverture de médicaments n'aura pas de conséquences sur les autres frais admissibles dont vous pourriez obtenir le remboursement au titre du régime de soins de santé de Concordia.

Si vous renoncez au régime de soins de santé de Concordia, il vous sera impossible d'y adhérer par la suite.

Notez qu'il vous sera impossible d'ajouter des personnes à charge qui :

- sont devenues des personnes à charge après votre départ à la retraite; ou
- qui n'étaient pas des personnes à charge admissibles lorsque vous avez pris votre retraite.

Règles propres aux personnes qui renoncent à la couverture et qui résident à l'extérieur du Québec

Si vous êtes une personne retraitée qui vit à l'extérieur du Québec et que vous renoncez à la couverture de soins de santé de Concordia, il vous sera impossible d'y adhérer ultérieurement.

Catégories de protection

Vous devez choisir parmi deux catégories de protection :

1. Individuelle (vous seulement)
2. Familiale (vous, votre conjoint et vos enfants à charge)

Rappel : À moins qu'elles ne puissent fournir une preuve écrite attestant qu'elles bénéficient d'une couverture équivalente ailleurs, tant les personnes qui travaillent que celles qui ont pris leur retraite doivent choisir la catégorie de protection qui correspond à leur situation familiale réelle.

Le coût de la couverture varie selon la catégorie de protection choisie. Si vous vivez au Québec, vous pourriez vouloir tenir compte des incidences fiscales de la catégorie de protection que vous choisissiez.

Renonciation à la couverture

Une fois que vous avez adhéré au régime de soins de santé de Concordia, il sera impossible, pour vous et vos personnes à charge admissibles d'y renoncer à moins que vous ne deveniez couverts en vertu d'un autre régime ou que vous ayez 65 ans ou plus.

Notez également que, selon la loi, votre conjoint et vos enfants à charge **doivent adhérer au régime d'assurance médicaments provincial** si :

- vous avez 65 ans ou plus; et
- vous êtes couvert par le régime d'assurance médicaments provincial.

Si vous bénéficiez déjà de la couverture de soins de santé de l'employeur de votre conjoint, ou de la couverture d'un employeur précédent à titre de personne retraitée, vous pouvez renoncer à la couverture de Concordia, auquel cas vous devez fournir la preuve que vous bénéficiez d'une telle protection.

Si vous résidez au Québec et que la protection dont vous bénéficiez auprès de l'employeur de votre conjoint ou de votre employeur précédent prend fin, la loi provinciale vous oblige, vous et vos personnes à charge, à adhérer au régime de soins de santé de Concordia.

Fonctionnement

Franchise

La franchise est le montant que vous devez payer pour chaque ordonnance avant que la couverture ne commence à rembourser les médicaments admissibles jusqu'à concurrence de certains plafonds.

La franchise s'applique uniquement aux produits portant un numéro d'identification de médicament. Si vous prenez des médicaments d'ordonnance pour traiter un état de santé stable, **demandez à votre pharmacien de vous remettre une provision de 90 jours plutôt que de 30 jours**. En plus d'espacer vos visites à la pharmacie, vous économiserez sur la franchise et les frais d'exécution d'ordonnance.

La franchise constitue un moyen de prendre en charge une partie du coût afin de réduire vos primes et celles de tous les autres participants.

Remboursement

Le régime de soins de santé rembourse les frais admissibles engagés pour les services et produits suivants :

Pourcentage de remboursement après déduction de la franchise et sous réserve de certains plafonds :

	Pourcentage de remboursement
Médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ	80 % (ou 100 % une fois que les frais de médicaments admissibles dépassent 3 000 \$ par famille au cours d'une année de régime)*
Médicaments non inscrits sur la liste de la RAMQ	60 % (ou 100 % une fois que les frais de médicaments admissibles dépassent 3 000 \$ par famille au cours d'une année de régime)*
Acupuncture, podologie, chiropratique, kinésiologie, massothérapie, naturopathie, ergothérapie, ostéopathie, thérapie en réadaptation physique, physiothérapie, podiatrie et thérapie du sport	80 %, à concurrence d'un maximum combiné de 1 000 \$ par année de régime
Psychologie, psychiatrie et psychothérapie	80 %, à concurrence d'un maximum combiné de 1 500 \$ par année de régime
Audiologie et orthophonie	80 %, à concurrence d'un maximum combiné de 1 000 \$ par année de régime
Soins de la vue (le cas échéant)	80 %, 1 examen de la vue tous les 24 mois, à concurrence d'un maximum combiné de 160 \$ (tous les 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans)
Soins d'urgence et assistance voyage à l'extérieur de la province de résidence	100 % (voyage d'un maximum de 180 jours)

	Pourcentage de remboursement
Hospitalisation (chambre à deux lits dans un hôpital général public ou dans un hôpital pour convalescents autorisé)	100 %
Soins d'urgence et assistance voyage	Maximum à vie de 3 M\$ par personne assurée
Tous les autres frais admissibles combinés :	Maximum à vie de 1 M\$ par personne assurée (Les médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ ne sont assujettis à aucun maximum.)

Nota : pour chaque année de régime, celui-ci prévoit le remboursement à 100 % des médicaments inscrits et non inscrits sur la liste de la RAMQ pour le reste de l'année de régime, après que ces frais combinés ont atteint 3 000 \$.

Veuillez consulter la section Frais admissibles où vous verrez la liste des frais remboursables. Consultez également la section Exclusions et restrictions.

Remboursement maximal à vie

Actuellement, le remboursement maximal à vie pour les soins d'urgence et l'assistance voyage est de 3 M\$ par personne assurée.

Tous les autres frais admissibles sont remboursables à concurrence d'un maximum viager de 1 M\$ par personne assurée.

Cependant, depuis le 1^{er} janvier 1997, la loi exige que, si vous vivez au Québec et atteignez le remboursement maximal à vie, les médicaments d'ordonnance inscrits sur la liste de la RAM continueront d'être remboursés au titre de la couverture sans qu'un maximum s'applique.

Coût de la protection

Les primes actuellement exigibles figurent sur la page d'accueil d'Info retraite.

Comment les coûts sont calculés

Qui fixe les coûts?

Dans les faits, ce n'est ni l'assureur, ni l'Université, mais bien VOUS.

En effet, les primes que vous payez, vous et l'Université, sont calculées d'après les prestations versées chaque année aux membres du personnel et aux personnes retraitées. Par conséquent, c'est l'utilisation de la couverture par les participants et leurs personnes à charge au cours d'une année qui dicte les augmentations et les diminutions de primes survenant au renouvellement du contrat.

Le régime fonctionne un peu comme un compte de banque :

1. Vous et l'Université versez des cotisations (dépôts)
2. Lorsqu'une prestation est versée, un montant correspondant est déduit (retiré) du compte.
3. À la fin de l'année, le solde du compte doit être suffisant pour verser toutes les prestations payables et pour régler les frais facturés.

Ainsi, l'assureur fixe les primes en consultation avec l'Université selon les coûts prévus pour l'année suivante et l'utilisation attendue du régime, laquelle est établie d'après les résultats techniques. Toute variation du montant des primes doit être approuvée par le comité des avantages sociaux.

Il est donc facile de comprendre qu'il nous incombe à toutes et à tous de maîtriser le coût de la couverture.

À titre d'exemple, le comité des avantages sociaux peut, à l'occasion, apporter des modifications à la couverture ou introduire diverses mesures (comme la carte-médicaments) pour maintenir un rapport avantageux entre les coûts et la protection offerte.

Comme vous payez une partie du coût de la couverture, vous avez tout intérêt à ce qu'elle demeure abordable et concurrentielle. Nous ne pouvons toutefois rien changer à certains facteurs ayant une incidence sur le coût de la couverture :

- inflation constante dans le secteur des soins de santé, attribuable en grande partie à l'augmentation du coût des médicaments et à l'arrivée de nouveaux médicaments plus coûteux;
- nouvelles technologies médicales et main-d'œuvre vieillissante utilisant le régime de soins de santé de Concordia de façon plus soutenue; et
- transfert continu des dépenses de santé du régime public vers les régimes privés.

Imposition

Si vous résidez au Québec, la prime (y compris la taxe de vente) que Concordia verse à l'égard de votre couverture constitue un avantage imposable. **Toutefois**, il est possible que vous puissiez déduire les frais de soins de santé suivants dans votre déclaration de revenus :

Déductions possibles

	Déclaration de revenus du Québec	Déclaration de revenus du Canada
Prime (y compris la taxe de vente) que Concordia verse à l'égard de votre couverture	Non	Non
Prime (y compris la taxe de vente) que vous versez à l'égard de votre couverture	Oui	Oui
Frais pour soins médicaux et dentaires admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu qui ne sont pas couverts (en tout ou en partie) par un régime	Oui	Oui

Frais admissibles

Les dispositions suivantes s'appliquent aux régimes auxquels vous pouvez adhérer si vous êtes un membre du personnel à temps plein, un membre du corps professoral à temps partiel ou une personne enseignante à Formation continue Concordia. Toutefois, si vous êtes un membre du personnel à temps partiel couvert par le régime équivalent à celui de la RAMQ, vous êtes admissible au remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ; visitez le site du régime provincial pour en savoir plus.

Le régime de Concordia rembourse une large gamme de frais admissibles :

- médicaments d'ordonnance;
- hospitalisation; et
- services et produits médicaux et paramédicaux non couverts par le régime d'assurance maladie provincial.

Les frais admissibles sont les frais **raisonnables et habituels** exigés pour les services énumérés ci-dessous dans la région où ils sont engagés.

À moins d'indication contraire, tous les services et produits doivent **être médicalement nécessaires et être recommandés par un médecin autorisé à exercer la médecine.**

En cas de doute quant au remboursement de certains frais, veuillez vous informer auprès de la Financière Sun Life avant de les engager. C'est l'assureur, et non l'Université, qui applique les dispositions du contrat. Il est donc le mieux placé pour répondre à vos questions au sujet de la couverture. Consultez votre médecin si vous avez des questions d'ordre médical.

Médicaments (une fois la franchise payée, différents pourcentages de remboursement s'appliquent)

Médicaments couverts par le régime de soins de santé de Concordia

Les médicaments suivants sont remboursables en vertu du régime :

- Médicaments pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, prescrits par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien, y compris ceux pour le traitement de cardiopathies, d'affections pulmonaires, de troubles de la circulation sanguine (caillots), de l'hypercholestérolémie, de troubles digestifs, de plaies infectées (ulcères cutanés), du diabète, de l'arthrite, de la maladie de Parkinson, de l'épilepsie, de la fibrose kystique, du glaucome et de l'hyperthyroïdie. Les préparations homéopathiques ne sont pas couvertes.
- Préparations magistrales dont au moins l'un des ingrédients est un médicament remboursable.
- Contraceptifs oraux prescrits par un médecin.
- Médicaments et vitamines injectables, extraits allergéniques, sérums et vaccins prescrits par un médecin pour la prévention ou le traitement d'une maladie. Le remboursement des vaccins préventifs est limité à 100 \$ par année de régime par personne assurée.
- Injections sclérosantes pour le traitement de varicosités, lorsque le traitement est effectué à des fins thérapeutiques et non cosmétiques, à concurrence de 20 \$ par visite par personne assurée.
- Anesthésiques administrés au cours d'une chirurgie ayant lieu hors d'un hôpital, à concurrence de 50 \$ par jour par personne assurée.
- Bâtonnets réactifs et seringues utilisés pour le traitement du diabète.
- Produits ou médicaments de désaccoutumance au tabac inscrits sur la liste de la RAMQ, en excédent du montant couvert par la RAMQ, à concurrence de 600 \$.

Le régime rembourse ces médicaments selon différents pourcentages en fonction des paramètres figurant dans le tableau suivant. Ces paramètres s'appliquent à tous les membres du personnel et personnes retraitées admissibles résidant au Québec ou non.

Le médicament est-il inscrit sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)?

Oui	Non
Dans ce cas, le médicament est couvert à 80 % après paiement de la franchise (à 100 % une fois que le total des frais de médicaments inscrits ou non sur la liste de la RAMQ dépasse 3 000 \$).	Dans ce cas, le médicament est couvert à 60 % après paiement de la franchise (à 100 % une fois que le total des frais de médicaments inscrits ou non sur la liste de la RAMQ dépasse 3 000 \$).

Nota :

- Les médicaments couverts doivent être disponibles uniquement sur ordonnance.
- La liste des médicaments figurant sur la liste de la RAMQ est établie par ses propres experts. Ce sont également eux qui décident quels nouveaux produits doivent être remboursés et dans quelle proportion. Si vous avez des questions au sujet de cette liste, communiquez directement avec la RAMQ.
- À moins qu'ils ne soient expressément exclus par Concordia ou la Financière Sun Life, la couverture rembourse automatiquement tous les nouveaux médicaments homologués par Santé Canada et les autorités de santé provinciales.

Régime d'assurance médicaments de la RAMQ

Si vous demeurez au Québec, vous êtes automatiquement couvert par le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès votre 65^e anniversaire de naissance.

La loi prévoit que vous avez le choix entre demeurer couvert par le régime de la RAMQ ou opter pour la protection équivalente fournie par le régime de soins de santé de Concordia.

Lorsque vous êtes couvert par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ :

- vous et vos personnes à charge admissibles assurées conservez la protection du régime de soins de santé de Concordia relativement aux médicaments non inscrits sur la liste de la RAMQ et aux autres frais admissibles;
- vos personnes à charge doivent être couvertes par le régime de la RAMQ relativement aux médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ;
- le régime de la RAMQ est le premier assureur des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ;
- vous pouvez utiliser le régime de soins de santé de Concordia pour demander le remboursement des montants non couverts par le régime de la RAMQ. En fait, lorsque vous utilisez la carte-médicaments, vous recevez la différence entre ce qui est couvert par la RAMQ et ce que le régime de soins de santé de Concordia vous aurait versé si vous n'aviez pas participé au régime de la RAMQ. Par conséquent, le montant du remboursement que vous recevez de l'ensemble des deux régimes est égal au montant auquel ont droit les membres du personnel et les personnes retraitées de moins de 65 ans en vertu du régime de soins de santé de Concordia.

Jusqu'à maintenant, toutes les personnes admissibles au régime de la RAMQ ont décidé d'y participer parce qu'il est financièrement avantageux de le faire.

Le Service des avantages sociaux tiendra pour acquis que vous demeurez couvert par le régime de la RAMQ, sauf si :

- vous fournissez des directives à effet contraire; et
- vous payez les primes supplémentaires exigées

Soins d'urgence et assistance voyage à l'extérieur de la province de résidence (remboursement à 100 %, aucune franchise)

Votre garantie d'assistance voyage vous donne accès à l'expertise de Gestion Global Excel (GGE), notre fournisseur d'assistance voyage en cas d'urgence. Si vous vous trouvez en situation d'urgence médicale alors que vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence, votre famille et vous-même pourrez obtenir de l'aide 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Pour pouvoir bénéficier de cette couverture, vous et vos personnes à charge admissibles devez être couverts par votre régime d'assurance maladie provincial. Les frais engagés pour une hospitalisation, des services médicaux ou paramédicaux et des services d'assistance voyage sont admissibles dans la mesure où :

- ils sont engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie qui survient au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence et pendant les 180 premiers jours dudit voyage;
- ils figurent sur la liste des frais admissibles du régime; et
- ils ne sont pas remboursables par un organisme d'État ou un autre régime d'assurance privé.

Le maximum viager des frais admissibles remboursables à l'égard des soins d'urgence et de l'assistance voyage à l'extérieur de votre province est de 3 000 000 \$ par personne assurée.

Tous les paiements sont faits en dollars canadiens.

Soins non urgents

Les frais engagés par vous ou vos personnes à charge pour des soins non urgents ou facultatifs reçus à l'extérieur de votre province de résidence ne sont pas couverts.

D'autres exclusions et restrictions particulières s'appliquent.

En cas d'urgence médicale, communiquez avec Gestion Global Excel (GGE) immédiatement :

Si vous appelez	faites le
du Canada ou des États-Unis	1 800 511-4610
de tout autre endroit	1 519 514-0351 (à frais virés)
par télécopieur	1 519 514-0374

Hospitalisation (remboursement à 100 %, aucune franchise)

- **Chambre à deux lits**

Le coût d'une chambre à deux lits :

- dans un hôpital général public qui dépasse le montant pris en charge par le régime d'assurance maladie provincial (ou le même montant pour une chambre à un lit), ainsi que les frais d'utilisation pouvant être exigés par l'hôpital, là où la loi les autorise; ou
- dans un hôpital pour convalescents autorisé. Le remboursement est limité à 60 jours d'hospitalisation pour l'ensemble des séjours ayant lieu au cours d'une année de régime. La personne assurée doit être admise dans les 14 jours qui suivent la date où elle a reçu son congé d'un hôpital.

- **Salle commune**

Si l'hospitalisation a lieu au Canada, le régime rembourse la partie du coût de l'hospitalisation en salle commune qui n'est pas prise en charge par le régime d'assurance maladie provincial, le cas échéant.

Le régime rembourse les soins actifs, quelle que soit la durée du séjour.

Services médicaux et paramédicaux

- **Transport ambulancier** par voie terrestre en cas d'urgence médicale ou, si la personne assurée doit être transportée vers un autre hôpital, transport à partir du lieu où l'accident ou la maladie est survenu jusqu'à l'hôpital le plus proche en mesure de fournir des soins adéquats, entre les hôpitaux, et à partir de l'hôpital jusqu'au lieu de résidence de la personne lorsque son état le justifie. Le transport par voie aérienne vers l'hôpital le plus proche en mesure de fournir des soins adéquats ou vers un autre hôpital lorsque le médecin traitant l'estime médicalement nécessaire est également couvert.
- **Membres artificiels** ou yeux artificiels, appareils plâtrés en plâtre ou en fibre de verre, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et béquilles.
- **Soins dentaires résultant directement d'une blessure accidentelle à la bouche** qui cause des dommages à des dents naturelles et saines, à condition que les soins soient reçus dans les six mois de l'accident et que la protection soit toujours en vigueur.
Si les frais sont engagés pour un enfant à charge de 18 ans ou moins, la période de six mois peut être prolongée, sur la recommandation écrite du médecin traitant si plus de temps est nécessaire pour que la blessure accidentelle guérisse complètement. Le remboursement est limité aux actes dentaires les moins chers pouvant donner un résultat professionnellement acceptable.
- **Services diagnostiques**, tels que radiographies ou services d'imagerie similaires, à concurrence de 1000 \$ par année de régime. Les nouvelles technologies de diagnostic ne sont couvertes que dans la mesure où elles ne sont pas considérées comme expérimentales. Le fait de limiter le remboursement à un certain montant permet de freiner les hausses de primes et donne aux participants la possibilité de limiter les coûts, généralement plus élevés, de ces nouvelles technologies, comme l'IRM. Ces services sont normalement offerts sans frais par les hôpitaux.

Toutefois, lorsqu'une personne choisit d'obtenir ces services auprès d'une clinique privée (ces services faisant partie des frais admissibles), cette décision a des conséquences sur les primes de tous les participants.

- **Bas de soutien**, à concurrence de trois paires par année de régime.
- **Appareils auditifs**, (piles non comprises) prescrits par un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 400 \$ par personne assurée par période de 60 mois consécutifs.
- **Chaussures orthopédiques et chaussures montantes** (incluant les modifications qui y sont apportées, mais excluant les chaussures prêtes à porter faisant partie des produits courants) prescrites par un podiatre ou un médecin autorisé à exercer la médecine, à concurrence de deux paires par année de régime. Les chaussures orthopédiques sont faites sur mesure et spécialement conçues afin de corriger une malformation du pied.
- **Orthèses** prescrites par un podiatre ou un médecin autorisé à exercer la médecine, à concurrence d'une paire et de 250 \$ par année de régime. Seules les orthèses qui ne sont pas destinées uniquement à la pratique d'activités sportives sont remboursables.
- **Services paramédicaux**, à condition qu'ils soient fournis par **un spécialiste autorisé qui exerce dans son champ de pratique et qui est membre en règle de son association professionnelle** :
 - **Physiothérapeutes, massothérapeutes, naturopathes, acupuncteurs, ergothérapeutes, thérapeutes du sport, thérapeutes en réadaptation physique, kinésiologues/kinothérapeutes, chiropraticiens, ostéopathes, chiropodistes, podologues : 80 %** des frais raisonnables et habituels par traitement, à concurrence de 1000 \$ par personne couverte pour l'ensemble des spécialistes par année de régime.
 - Couverture additionnelle :
 - 100 \$ pour l'ablation d'ongles incarnés ou l'excision de verrues plantaires par un podiatre autorisé. Ce montant s'ajoute au plafond indiqué ci-dessus.
 - Imagerie par un chiropraticien ou un ostéopathe, à concurrence de 25 \$ par année de régime. Ce montant s'ajoute au plafond de 1000 \$ des services diagnostiques.
 - **Audiologistes et orthophonistes**, à concurrence de 1000 \$ par personne couverte pour l'ensemble des spécialistes par année de régime.
Si des **services paramédicaux** sont couverts par un régime d'assurance maladie provincial, le régime de soins de santé de Concordia rembourse la différence, le cas échéant, entre :
 - le montant remboursé par le régime provincial; et
 - le montant que le régime de Concordia aurait remboursé en l'absence de la couverture d'un régime d'assurance maladie provincial.
- **Soins d'une infirmière diplômée autorisée**, prescrits par un médecin autorisé à exercer la médecine, pour un patient qui n'est pas hospitalisé. Les soins médicalement nécessaires d'une infirmière auxiliaire autorisée sont également couverts s'il est impossible d'obtenir ceux d'une infirmière autorisée. L'infirmière autorisée ne doit toutefois pas habiter habituellement sous votre toit ni être un proche parent. De plus, les soins ne doivent pas se limiter à des services de garde, de surveillance ou d'accompagnement. Le maximum remboursable est de 25 000 \$ par personne couverte par année de régime.

- **Équipement thérapeutique et fournitures médicales**, qui sont médicalement nécessaires pour le traitement d'une affection :
 - Achat d'un glucomètre ou d'un réflectomètre, à concurrence de 150 \$ et d'un seul appareil toutes les cinq années consécutives;
 - Achat ou location d'oxygène et du matériel nécessaire à son administration, à la discrétion de la Financière Sun Life;
 - Moniteurs d'apnée;
 - Neurostimulateurs transcutanés;
 - Fournitures pour colostomie, iléostomie et urétérostomie;
 - Achat d'une prothèse mammaire externe par personne tous les 24 mois consécutifs à la suite d'une mastectomie totale ou radicale, et achat de deux soutiens-gorge chirurgicaux;
 - Achat d'une prothèse capillaire la vie durant par suite d'une chimiothérapie;
 - Autre équipement thérapeutique, notamment les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils pour thérapie par aérosols et les respirateurs à pression positive intermittente.

Autres fournitures médicales habituellement couvertes.

- **Fauteuil roulant ou lit d'hôpital** loué ou acheté, à la discrétion de la Financière Sun Life. Un seul fauteuil roulant est remboursable pendant la vie de la personne couverte; les réparations et les piles ne sont pas remboursables.

Psychologues, psychiatres et psychothérapeutes (remboursement à 80 %)

- **Services de psychologues, psychiatres et psychothérapeutes qui exercent dans leur champ de pratique et qui sont membres en règle de leur association professionnelle**, pour le traitement clinique de troubles mentaux ou nerveux, à condition que le patient ne soit pas hospitalisé.
Le maximum remboursable est de 1 500 \$ par personne couverte par année de régime pour l'ensemble de ces services.

Soins de la vue pour les groupes d'employés admissibles (remboursement à 80 %)

- **Chirurgie oculaire** pour corriger la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme.
- **Lunettes (verres et montures) et lentilles cornéennes, y compris leur remplacement et leur réparation**, à condition qu'elles soient prescrites par écrit par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisés et qu'elles soient fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés. Les lunettes vendues sans ordonnance, les lunettes de sécurité et les lunettes utilisées à des fins cosmétiques ou esthétiques ne sont pas remboursables, pas plus que les lunettes de soleil, à moins que les verres aient subi la même correction que ceux de vos lunettes ordinaires.
- **Examens de la vue, y compris par réfraction**, effectués par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisés.

Le maximum remboursable au titre de tous les soins de la vue est de 160 \$ par personne par période de 24 mois (12 mois pour les enfants de moins de 18 ans). Le régime provincial d'assurance maladie couvre les examens de la vue des personnes de moins de 18 ans et de 65 ans et plus.

Exclusions et restrictions

Les dispositions suivantes s'appliquent aux régimes auxquels vous pouvez adhérer si vous êtes un membre du personnel à temps plein, un membre du corps professoral à temps partiel ou une personne enseignante à Formation continue Concordia. Toutefois, si vous êtes un membre du personnel à temps partiel couvert par le régime équivalent à celui de la RAMQ, vous êtes admissible au remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ; visitez le site du régime provincial pour en savoir plus.

Le régime de Concordia ne rembourse pas ce qui suit :

- Frais supérieurs aux frais raisonnables et habituels dans la région où ils sont engagés.
- Provision de médicaments ou de produits supérieure à 60 jours ou à 100 jours dans le cas des médicaments d'entretien.
- Services, soins ou produits que la personne couverte reçoit gratuitement ou qui sont remboursés en vertu d'une loi provinciale ou fédérale. Si la personne n'est pas couverte par ces lois, la Financière Sun Life ne remboursera pas les frais qui seraient normalement couverts en vertu des lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie en vigueur dans la province de résidence de cette personne.
- Frais exigés par un médecin autorisé pour ses déplacements, des rendez-vous manqués, son hébergement ou pour des consultations au téléphone ou par tout autre moyen de communication.
- Frais de médicaments prescrits pour le traitement de l'infertilité qui dépassent le maximum viager de 5000 \$.
- Produits et médicaments de désaccoutumance au tabac couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec, conformément aux dispositions dudit régime, et ce, quel que soit le lieu de résidence de la personne couverte.
- Chirurgie ou traitement esthétique, sauf pour remédier à un dommage causé par une blessure accidentelle, à condition que la chirurgie ou le traitement commence dans les 90 jours qui suivent l'accident subi alors que la personne blessée bénéficiait de la couverture.
- Aide aux activités quotidiennes.

- Soins, appareils et fournitures dentaires autres que ceux indiqués à l'article Soins dentaires résultant directement d'une blessure accidentelle à la bouche.
- Culottes d'incontinence.
- Diaphragmes, condoms, gelées contraceptives ou dispositifs habituellement utilisés à des fins de contraception, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non.
- Médicaments en vente libre, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non, à l'exception de ceux dont le remboursement est obligatoire en vertu de la loi au Québec.
- Médicaments, sérums, produits injectables et fournitures qui ne sont pas homologués par Santé Canada ou qui sont expérimentaux ou d'utilisation restreinte, qu'ils soient homologués ou non.
- Produits de type Obus Forme.
- Programmes d'exercices et de conditionnement physique, bains flottants, de boue ou thérapeutiques, évaluations posturales et bougies auriculaires.
- Frais engagés à la suite de blessures infligées à soi-même que la personne soit saine d'esprit ou non.
- Frais engagés à la suite de blessures corporelles résultant directement ou indirectement d'une insurrection, d'une guerre, de la participation à une émeute ou du service dans les forces armées de tout pays.
- Actes médicaux ou traitements de nature expérimentale non homologués par l'Association médicale canadienne ou par l'association médicale pertinente.
- Appareils d'auscultation ou de mesure comme les stéthoscopes, les sphygmomanomètres et autres appareils de même nature, et appareils à usage domestique, comme les purificateurs d'air, les climatiseurs, les baignoires à remous et autres appareils de même nature.
- Soins non urgents à l'extérieur de votre province de résidence. Les frais engagés par vous ou vos personnes à charge pour des soins non urgents ou facultatifs reçus à l'extérieur de votre province de résidence ne sont pas couverts.
- Bilans de santé ou examens périodiques exigés par un tiers.
- Ordonnances exécutées par un médecin, un dentiste, une clinique ou par la pharmacie d'un hôpital non agréé.
- Produits, hormones et injections utilisés pour le traitement de l'obésité. Le Xenical est remboursable si l'indice de masse corporelle du patient est égal ou supérieur à 30, ou égal ou supérieur à 27 si le patient présente d'autres facteurs de risque.
- Produits utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle.
- Examens de la vue, sauf si vous faites partie d'un groupe d'employés admissibles.
- Produits utilisés dans des injections sclérosantes pour le traitement des varices ou aux fins de télangiectasie ou de dilation mineure si le traitement est principalement administré à des fins esthétiques.
- Services d'un acupuncteur dans le cadre d'un traitement de désaccoutumance (onychophagie, tabagie, p. ex.) ou du traitement de l'obésité.
- Services ou produits que la personne n'est pas tenue de payer ou qui sont payés dans le cadre d'une action en justice ou d'un règlement.
- Services ou produits pour le traitement d'une blessure subie pendant la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.
- Services ou produits couverts par tout régime ou programme mis en place en vertu des lois ou règlements de tout gouvernement, y compris toute assurance contre les accidents du travail et toute assurance automobile sans égard à la responsabilité exigée par la loi, ainsi que tous les services dont un gouvernement interdit le remboursement au titre d'une couverture d'assurance.
- Services fournis et reçus avant que votre couverture ou celle de vos personnes à charge n'entre en vigueur.
- Services, traitements ou produits fournis à la personne assurée par l'employeur.
- Produits et services de nature préventive (autres que des vaccins).
- Produits suivants, qu'ils soient prescrits ou non : shampooings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour stimuler la pousse des cheveux, produits de beauté, cosmétiques, produits

ditions naturelles et préparations homéopathiques, crèmes solaires, savons, laxatifs en vente libre, antiacides en vente libre, lotions adoucissantes, désinfectants et pansements courants, eaux minérales, préparations pour nourrissons, suppléments alimentaires ou protéinés, autres spécialités pharmaceutiques portant un numéro d'identification du médicament, selon la définition de la Loi sur les aliments et drogues.

- Frais de déplacement pour raisons de santé.
- Personnes assurées âgées d'au moins 65 ans et domiciliées à l'extérieur du Québec : frais engagés pour régler une franchise ou une quote-part exigée en vertu du programme de médicaments de l'Ontario ou d'un autre programme provincial d'assurance médicaments.
- Frais engagés pour régler une franchise ou une quote-part exigée en vertu du régime d'assurance médicaments du Québec.
- Vitamines (autres que celles offertes uniquement sous forme injectable ou qui entrent dans le traitement de l'obésité) et compléments alimentaires.
- Fauteuils roulants conçus pour des activités sportives ou modifiés pour de telles activités.

Exclusions et restrictions particulières applicables aux soins d'urgence et à l'assistance voyage à l'extérieur de votre province de résidence

Aucune prestation n'est versée à l'égard de ce qui suit :

- Frais qui figurent dans les exclusions ci-dessus.
- Frais qui ne figurent pas dans la liste des frais admissibles.
- Frais engagés pour des services, traitements ou produits qui sont reçus gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale.
- Frais engagés après que la personne est retournée – ou qu'elle a refusé de retourner si la demande lui en a été faite – dans sa province de résidence.
- Frais engagés pour des soins non urgents ou facultatifs.

Si vous ou votre personne à charge admissible ne communiquez pas immédiatement avec Gestion Global Excel lorsque survient une urgence médicale, le remboursement des frais admissibles pourrait être réduit ou refusé.

Ni Concordia, ni Gestion Global Excel ni la Financière Sun Life ne sont responsables de la disponibilité ou de la qualité des traitements et services médicaux que vous ou votre personne à charge admissible recevez.

Demandes de règlement

Comment présenter une demande

La marche à suivre pour présenter une demande de règlement dépend du type de frais qui ont été engagés :

- Médicaments
- Tous les frais admissibles, à l'exception des médicaments

L'Université fournit une carte-médicaments pratique gérée par Sun Life.

Médicaments

La carte comporte de nombreux avantages :

- Il n'y a aucun formulaire à remplir.
- Vous savez immédiatement combien vous devez payer et quelle est la portion du coût prise en charge par le régime.
- Les numéros de téléphone du fournisseur d'assistance voyage, Global Excel Management, figurent sur la carte. Vous pouvez composer ces numéros en tout temps en cas d'urgence médicale survenant au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

Pour en savoir davantage

[Ce qui est couvert par la carte](#)

Vous pouvez utiliser la carte-médicaments pour payer une vaste gamme de médicaments d'ordonnance, y compris ceux qui sont inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

[Comment utiliser la carte :](#)

- 1) Présentez votre carte avec votre ordonnance dans toute pharmacie participante au Canada.
- 2) Votre carte permet le paiement direct (si votre pharmacien vous demande si c'est le cas).
- 3) Les données sont traitées en quelques secondes.
- 4) Vous payez votre portion du coût du médicament au moment de l'achat. Le pharmacien vous remettra un reçu indiquant votre part du coût, c'est-à-dire la franchise et le pourcentage de remboursement.
- 5) La Financière Sun Life paie automatiquement l'autre portion du coût du médicament. Vous n'avez pas à remplir de formulaire de demande de règlement.

Vous pouvez contribuer à maîtriser les coûts du régime. Renseignez-vous auprès de votre médecin au sujet d'options de traitement moins coûteuses ou, auprès de votre pharmacien, sur les médicaments génériques, qui coûtent moins cher que les médicaments brevetés. Ces mesures permettent de limiter les hausses de primes.

Qui peut utiliser la carte

Tous les participants peuvent utiliser la carte.

Vos personnes à charge admissibles peuvent aussi utiliser la carte médicaments à condition que vous remplissiez le formulaire d'inscription des personnes à charge admissibles et que vous le retourniez au Service des avantages sociaux. Toutes les demandes de règlement de soins de santé sont traitées selon l'information qui figure sur le formulaire. **Aucun remboursement ne sera versé à l'égard de personnes à charge qui n'ont pas été inscrites en bonne et due forme.**

Communiquez le plus rapidement possible avec le Service des avantages sociaux si vous avez des modifications à apporter aux renseignements sur vos personnes à charge. Aucun remboursement ne sera versé à l'égard de personnes à charge qui n'ont pas été inscrites en bonne et due forme.

Situations où la carte ne fonctionnera pas et où vous devrez remplir un formulaire

La carte ne fonctionnera pas dans les cas suivants :

- vous achetez des médicaments qui ne figurent pas sur la liste de la RAMQ;
- votre pharmacien n'est pas membre du réseau TELUS;
- vous êtes à l'extérieur du Canada;
- vous demandez le règlement de frais admissibles autres que des médicaments; ou
- votre conjoint et vos enfants à charge sont couverts par un autre régime.

Votre carte d'assistance voyage

Votre garantie d'assistance voyage vous donne accès à l'expertise de Gestion Global Excel (GGE), notre fournisseur d'assistance voyage en cas d'urgence. Si vous vous trouvez en situation d'urgence médicale alors que vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence, votre famille et vous-même pourrez obtenir de l'aide 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Vous pourriez également avoir droit à des services supplémentaires comme l'hébergement à l'hôtel et les repas ainsi que le remplacement de vos titres de transport si votre voyage de retour est retardé en raison d'une urgence de nature médicale. Pour connaître toutes les dispositions de la garantie, ouvrez une session sur masunlife.ca, cliquez sur Cartes-couverture, puis sur le lien *couverture d'assistance-voyage* dans la colonne de droite.

Inscrivez vos coordonnées au recto de la carte, car Gestion Global Excel en aura besoin en cas d'urgence. Rangez cette carte avec vos autres documents de voyage afin d'avoir facilement accès aux numéros sans frais à composer partout dans le monde.

Notez qu'en cas d'urgence, vous ou une personne qui vous accompagne devez communiquer avec Gestion Global Excel avant que les soins médicaux ne soient donnés. Gestion Global Excel doit autoriser d'avance tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique, p. ex.), sauf en cas de circonstances extrêmes. Si vous ne communiquez pas avec Gestion Global Excel, le règlement des frais engagés pourrait être limité ou refusé.

Si vous avez des questions au sujet de votre carte, de la couverture ou d'une demande de règlement

Appelez la Financière Sun Life au 1 800 361-6212

Frais autres que ceux de médicaments

Frais d'hospitalisation

1. Demandez à l'hôpital d'envoyer à la Financière Sun Life, la facture indiquant tous les frais qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance maladie. Vous pouvez également envoyer la demande de règlement vous-même.
2. La Financière Sun Life remboursera tous les frais admissibles à l'hôpital, à concurrence du pourcentage de remboursement applicable.
3. Vous devrez payer directement à l'hôpital tous les frais qui ne sont pas admissibles à un remboursement.

Autres frais admissibles

1. Conservez les reçus des frais médicaux admissibles de toutes les personnes couvertes qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de règlement électronique.
2. Une fois que le montant de ces frais dépasse celui de la franchise, remplissez une demande de règlement de la Financière Sun Life.
3. Joignez les reçus originaux au formulaire rempli et envoyez tous les documents à la Financière Sun Life à l'adresse suivante :

Financière Sun Life
Case postale 11658 Succ. CV Montréal (Québec) H3C 6C1

Vos frais admissibles et ceux de vos personnes à charge vous seront remboursés directement.

Quand présenter une demande de règlement

Les demandes de règlement doivent être présentées dans les quatre mois qui suivent l'année de régime au cours de laquelle les frais ont été engagés.

Si votre protection prend fin pour quelque raison que ce soit, toutes vos demandes doivent être transmises dans les 90 jours qui suivent la cessation de la protection.

En cas d'accident, vous devez transmettre un avis écrit à la Financière Sun Life au cours des 30 jours qui suivent l'accident.

Aucune action ni procédure ne peut être intentée contre la Financière Sun Life en vue du recouvrement d'une prestation dans les 60 jours ou au-delà d'un délai de trois ans à compter de l'expiration du délai pour la présentation des preuves requises.

Présentation d'une demande de règlement

Modifications aux renseignements personnels

Pour faire en sorte que l'assureur possède les bons renseignements à votre sujet et que votre dossier soit en règle, veuillez communiquer tout changement vous concernant ou concernant votre famille au Service des avantages sociaux.

Changements à votre protection à la suite d'un événement de la vie

Lorsque survient un événement admissible dans votre vie, vous pouvez revoir votre choix de couverture dans les 31 jours qui suivent ledit événement.

Parmi les événements de la vie admissibles figurent une union, une naissance, un divorce, une séparation légale ou la perte de la protection offerte par l'employeur de votre conjointe ou conjoint. Notez que toute demande de modification présentée dans les 31 jours qui suivent la survenance l'événement admissible prend rétroactivement effet à la date exacte dudit événement. Si une demande de modification est présentée plus de 31 jours après qu'est survenu un événement admissible, une preuve d'assurabilité peut être exigée.

Admissibilité des enfants de 21 ans ou plus qui étudient à temps plein

Pour que votre enfant à charge de 21 ans ou plus qui étudie à temps plein et qui dépend de vous pour sa subsistance puisse bénéficier de la couverture, vous devez remplir la section sur les personnes à charge du formulaire d'adhésion.

Exigée une fois l'an, la confirmation de la scolarité à temps plein de tout enfant à charge est valide pour la durée de l'année scolaire, du mois de septembre au 31 août de l'année suivante.

Si une preuve de scolarité à temps plein est présentée à l'égard de tout autre trimestre que le trimestre d'automne débutant en septembre, ladite preuve sera valide jusqu'à la fin de l'année de régime seulement. Une nouvelle preuve de scolarité à temps plein devra être produite l'année suivante.

Coordonnées

Pour plus de précisions, composez le numéro suivant :

1 800 361-6212

Si vous bénéficiez d'une autre protection

Si votre conjoint bénéficie également d'une couverture de soins de santé :

- certains frais que le régime de votre conjoint ne prend pas en charge pourraient être remboursés entièrement ou partiellement par le régime de Concordia;
- le régime de votre conjoint pourrait rembourser la totalité ou une partie des frais que le régime de Concordia ne prend pas en charge;
- vous pouvez utiliser votre carte médicaments pour votre conjoint s'il a une carte du réseau TELUS. Cependant, vous devez présenter les deux cartes au pharmacien; et

- si vos enfants à charge bénéficient de votre régime et de celui de votre conjoint, mais que ce dernier n'a pas de carte TELUS, la carte médicaments de Concordia pourra être utilisée pour vos enfants à charge à condition que votre anniversaire de naissance tombe avant celui de votre conjoint dans l'année de régime.

Remarque : Vous pouvez utiliser votre carte médicaments pour votre conjoint s'il travaille lui aussi pour l'Université et que vous avez tous deux choisi la protection familiale. Dans ce cas, vous devez présenter les deux cartes au pharmacien.

Lorsqu'il y a plus d'une couverture, les prestations sont coordonnées de la façon suivante. Les prestations reçues au titre des deux couvertures ne peuvent en aucun cas être supérieures aux frais engagés.

- Les frais admissibles que **vous** engagez sont d'abord remboursés par le régime de soins de santé de Concordia. Le cas échéant, le solde est remboursé par la couverture de votre conjoint.
- Les frais admissibles que votre **conjoint** engage sont d'abord remboursés par sa couverture de soins de santé. Le cas échéant, le solde est remboursé par le régime de soins de santé de Concordia.
- Les frais admissibles engagés pour vos **enfants à charge** admissibles sont d'abord remboursés par la couverture du parent dont l'anniversaire de naissance a lieu le plus tôt dans l'année. Le cas échéant, le solde sera remboursé par la couverture de l'autre parent sur présentation d'une demande de règlement.

Si les frais admissibles ont été engagés relativement à... Présentez vos demandes selon l'ordre suivant :

Vous	1. Régime de soins de santé de Concordia 2. Régime de votre conjoint si un solde reste à rembourser
Votre conjoint	1. Régime de votre conjoint 2. Régime de soins de santé de Concordia si un solde reste à rembourser
Vos enfants à charge	1. Régime du parent dont l'anniversaire de naissance a lieu le plus tôt dans l'année 2. Régime de l'autre parent si un solde reste à rembourser.

Si votre union conjugale a pris fin et qu'un enfant à charge est issu de cette union :

1. Régime du parent qui a la garde de l'enfant
2. Régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant
3. Régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant
4. Régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant

Si la priorité ne peut être établie de cette manière, les prestations seront versées au prorata des montants qui auraient été payés au titre de chaque régime si la protection était offerte seulement en vertu de ce régime.

Remarques :

- **Si vous êtes un employé à temps partiel qui bénéficie de plus d'une couverture**
Dans ce cas, la priorité sera donnée au régime de l'employeur pour lequel vous travaillez le plus grand nombre d'heures par semaine.
- **Si le régime de votre conjoint ne comprend pas de clause de coordination des prestations**
Dans ce cas, le régime de votre conjoint sera le premier à rembourser les frais, puis celui de Concordia entrera en jeu.
- **Si un autre régime verse des prestations que le régime de soins de santé de Concordia aurait dû verser**
Dans ce cas, la Financière Sun Life a le droit, à sa seule et entière discrétion, de payer à la partie qui a versé ces prestations tout montant qu'elle estime convenable pour respecter l'esprit de la clause de coordination des prestations.
Ce montant sera réputé être une prestation versée au titre du régime de soins de santé de Concordia. De plus, la Financière Sun Life sera totalement libérée, à concurrence de ce montant, de toutes ses obligations en vertu du régime de soins de santé de Concordia.
- **Droit de l'assureur d'obtenir et de communiquer des renseignements sur les personnes couvertes**
La Financière Sun Life peut, sous réserve de l'obtention de l'autorisation nécessaire, communiquer à tout organisme ou obtenir de lui tout renseignement relatif aux personnes couvertes que la Financière Sun Life estime comme nécessaire à la coordination des prestations. Toute personne qui demande des prestations au titre du présent régime doit fournir les renseignements nécessaires à la Sun Life.
- **Droit de l'assureur de recouvrer un trop-perçu**
Si la Sun Life verse plus que le montant nécessaire pour respecter l'esprit de la clause de coordination des prestations, elle a le droit de recouvrer ce trop-perçu de toute personne à laquelle ou pour laquelle ce montant a été versé, de toute autre compagnie d'assurance ou de tout autre organisme.

Événements de la vie

Certains événements de la vie peuvent avoir une incidence sur votre couverture. Choisissez l'une des situations ci-dessous pour en apprendre davantage. Qu'arrive-t-il si...

Un de mes enfants à charge atteint l'âge de 21 ans

- La couverture de cet enfant à charge prendra fin à moins :
 - qu'il soit étudiant à temps plein et dépendant de vous pour sa subsistance; ou
 - qu'il soit atteint d'un handicap physique ou mental, incapable d'occuper un emploi viable et dépendant de vous pour sa subsistance.
- Vous devez fournir à l'assureur une preuve satisfaisante de l'admissibilité de votre enfant au plus tard 31 jours après son 21^e anniversaire de naissance. Une telle preuve peut également être exigée périodiquement par la suite.
- Rappel : votre enfant doit vivre au Canada et ne pas être marié.

Mon état matrimonial change

Régime de soins de santé

- La couverture de votre conjoint prendra fin à moins que vous ne soyez séparés pendant une période de moins de 90 jours.
- Si vous avez des enfants à charge et que votre conjoint bénéficie à la fois du régime de Concordia et

d'un autre régime, les frais admissibles engagés par vos enfants à charge couverts seront d'abord remboursés par le régime du parent dont l'anniversaire de naissance a lieu le plus tôt dans l'année. Le cas échéant, le solde sera remboursé par le régime de l'autre parent sur présentation d'une demande de règlement.

Je décède pendant que je touche ma rente

Régime de soins de santé

- Vos personnes à charge couvertes peuvent continuer à bénéficier de la couverture jusqu'à ce qu'elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge ou jusqu'à leur décès, à condition qu'elles paient les primes.

Cessation de la protection

Dans votre cas

Votre protection du régime de soins de santé de Concordia prend fin à celle des dates suivantes qui est antérieure aux autres :

- la date à laquelle vous cessez de faire partie d'un groupe d'employés admissibles qui participe au régime de soins de santé de Concordia;
- la date à laquelle votre emploi prend fin avant votre admissibilité à la retraite;
- la date à laquelle vous cessez d'être activement au travail;
- la date de fin d'une période de régime;
- la date à laquelle votre groupe d'employés admissibles cesse de participer au régime de soins de santé de Concordia;
- la date à laquelle vous cessez de verser les primes requises;
- la date à laquelle vous entrez dans les forces armées à temps plein;
- la date à laquelle le contrat d'assurance est révoqué; et
- la date à laquelle vous décédez.

Dans le cas de vos personnes à charge

La protection de vos personnes à charge admissibles prend fin à celles des dates suivantes qui est antérieure aux autres :

- la date à laquelle votre protection prend fin (à moins qu'elles ne prennent des dispositions pour maintenir leur protection après votre décès);
- la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personne à charge admissible; et
- la date à laquelle vous annulez leur protection parce qu'elles bénéficient d'une couverture équivalente en vertu du régime de votre conjoint.

Numéro de contrat : 103424

Questions d'ordre général :

Université Concordia : 514 848-2424, poste 3394 | hr-employeeservices@concordia.ca

Financière Sun Life : 1 800 361-6212 | www.mysunlife.ca