



Guide de réadhésion

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS
ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES (SNS-NS)
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX (RSSS) DU QUÉBEC (POLICE N° C001)

EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{ER} JUIN 2026



À l'intention des employés syndicables non syndiqués et des employés non syndicables (SNS-NS) du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec



Police n° C001

Ce document a été rédigé à titre d'information. Son contenu n'est pas exhaustif et pourrait ne pas s'appliquer à tous les cas de figure. Le cas échéant, et pour toutes autres questions d'ordre juridique, seul le contrat servira à trancher en vue d'une résolution.

Introduction

Ce guide contient les renseignements essentiels sur votre nouveau régime d'assurance collective modulaire. Celui-ci vous permettra désormais de choisir parmi plusieurs modules de couverture pour les garanties d'assurance maladie et de soins dentaires. Vous devrez confirmer votre nouveau choix de module en remplissant le formulaire prévu à cet effet et en le remettant à la personne responsable de votre établissement au plus tard le 24 avril 2026.

Les informations contenues dans ce guide vous seront utiles pour prendre une décision concernant les choix que vous devrez faire et pour trouver des réponses aux principales questions que vous pourriez avoir.

Vous trouverez dans ce document :

- Un aperçu du régime d'assurance collective
- Les choix à faire
- Comment bien choisir sa couverture
- Les prochaines étapes et les informations importantes

Si vous êtes une personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet, veuillez communiquer avec votre administrateur pour bien comprendre les choix qui s'offrent à vous.

Aperçu du régime d'assurance collective

Votre nouveau régime d'assurance collective vous offre plus de flexibilité en vous proposant des garanties d'assurance maladie et de soins dentaires adaptées à vos besoins et à ceux de votre famille. Les détails sur les protections se trouvent dans le nouveau sommaire des garanties *Votre régime en bref* qui vous a été remis.

Assurance maladie

Médicaments* (Substitution générique obligatoire)

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Médicaments génériques 70%** du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché Médicaments de marque 70%** du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 70%** du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	Médicaments génériques 80%** du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché Médicaments de marque 80%** du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 80%** du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	Médicaments génériques 90%** du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché Médicaments de marque 90%** du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 90%** du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
Franchise par médicament: 5\$	Franchise par médicament: 5\$	Franchise par médicament: 5\$
Médicaments admissibles Liste RAMQ Maximum de déboursé annuel** Équivalent au maximum de déboursé annuel de la RAMQ (1 232 \$ en 2025-2026)	Médicaments admissibles Liste régulière Maximum de déboursé annuel** Équivalent au maximum de déboursé annuel de la RAMQ (1 232 \$ en 2025-2026)	Médicaments admissibles Liste régulière Maximum de déboursé annuel** Équivalent au maximum de déboursé annuel de la RAMQ (1 232 \$ en 2025-2026)

* Une ordonnance médicale est requise pour que les frais engagés soient admissibles à un remboursement.

**Maximum de déboursé annuel: équivalent au maximum de déboursé par année civile établi par la RAMQ et s'applique à l'ensemble des réclamations de médicaments admissibles pour la famille. Lorsqu'il est atteint, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % et la franchise par médicament ne s'applique plus pour le reste de l'année civile. Ce montant sera ajusté automatiquement le 1^{er} juillet de chaque année lors de la publication annuelle de la RAMQ.

Assurance maladie (suite)

Frais hospitaliers au Canada

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
100 % Hôpital chambre semi-privée	100 % Hôpital chambre semi-privée	100 % Hôpital chambre privée

Assurance voyage

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Inclus	Inclus	Inclus

Assurance annulation de voyage

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Non inclus	Inclus	Inclus

Soins de la vue

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Non couvert	100 % Examen de la vue 120 \$ par 24 mois par personne assurée	100 % Examen de la vue 120 \$ par 24 mois par personne assurée
	Verres, montures de lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser Non couvert	Verres, montures de lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser 300 \$ par 24 mois par personne assurée

Assurance maladie (suite)

Acupuncteur, naturopathe, diététiste, nutritionniste, chiropraticien, podiatre ou podologue (y compris radiographies), kinésithérapeute, massothérapeute, orthothérapeute, ostéopathe (y compris radiographies), ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste, technologue en physiothérapie et physiothérapeute

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Non couvert	80 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

Psychologue, travailleur social, conseiller en orientation, psychothérapeute, sexologue et psychoéducateur

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
80 % Remboursement maximal de 300 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 750 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	80 % Remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels

Bas de contention

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Non couvert	80 % Remboursement maximal de 125 \$ par année civile	80 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile

Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques

Module de Base	Module Intermédiaire	Module Complet
Non couvert	80 % Remboursement maximal de 125 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais	80 % Remboursement maximal de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais

Soins dentaires

Dispositions applicables	Module de Base	Module Complet
Soins préventifs et Soins de base	80 % Remboursement maximal de 750\$ par année civile par personne assurée	80 % Remboursement maximal de 1 500\$ par année civile par personne assurée
Restauration et prothèses	Non couverts	
Orthodontie	Non couverts	50 % Remboursement maximal 2 000\$ à vie par personne assurée
Fréquence d'examen, polissage et détartrage	1 fois par 12 mois	1 fois par 9 mois

Assurance vie des personnes à charge

La garantie d'assurance vie des personnes à charge a été intégrée à l'assurance vie de base de la personne adhérente, et ce, sans coût additionnel. Ainsi, vous bénéficiez automatiquement d'une protection minimale d'assurance en cas de décès de l'une de vos personnes à charge admissibles, que celles-ci soient assurées sous la garantie d'assurance maladie ou non.

Les montants en cas de décès ont été indexés à 10 000\$ pour la personne conjointe et à 5 000\$ pour un enfant.

Autres garanties d'assurance

Aucune modification n'est apportée aux autres garanties d'assurance.

Quels sont les coûts?

Les coûts des différents modules sont indiqués dans votre Sommaire des garanties *Votre régime en bref*. La tarification est applicable du 1^{er} juin 2026 au 31 mai 2027. Le renouvellement de la tarification se fera dorénavant le 1^{er} juin de chaque année.

Il n'y a aucune modification aux coûts des autres garanties d'assurance. Les coûts actuels demeureront en vigueur jusqu'au 31 mai 2027.

Les choix à faire

Lors de la présente campagne de réadhésion, vous devez effectuer un choix de module de couverture ainsi qu'un choix de statut de protection. Les choix s'appliqueront à compter du 1^{er} juin 2026.

Choisir parmi les modules de couverture

Vous devez faire un choix parmi les trois modules d'assurance maladie et un choix parmi les deux modules d'assurance soins dentaires. Des choix différents peuvent être faits pour ces deux garanties en fonction de vos besoins.

La garantie d'assurance maladie est obligatoire, sous réserve du droit d'exemption lorsque vous êtes admissible à un autre régime offrant une garantie d'assurance maladie, alors que la garantie d'assurance soins dentaires est facultative.

Règle de modifications de module

Vous pourrez en tout temps augmenter votre niveau de protection alors qu'une période minimale de participation devra être complétée avant de pouvoir réduire votre niveau de protection. La période de participation minimale est de 24 mois consécutifs en assurance maladie et de 36 mois consécutifs en assurance soins dentaires. Ces règles contribuent à maintenir le coût du régime à un niveau acceptable. Une nouvelle période de participation minimale commencera le 1^{er} juin 2026 pour toutes les personnes.

Choix par défaut

Vous avez jusqu'au 24 avril 2026 pour remplir le formulaire prévu et le remettre à la personne responsable de votre établissement. Si vous ne remettez pas le formulaire à temps, des choix par défaut s'appliqueront. À compter du 1^{er} juin 2026, si vous souhaitez augmenter votre niveau de protection, vous pourrez le faire en tout temps. Vous devrez toutefois respecter les règles de participation minimale si vous souhaitez réduire votre protection, et ce, même si les choix par défaut vous ont été alloués.

Sommaire des choix de modules et des choix par défaut

	Assurance maladie (obligatoire)	Assurance soins dentaires (facultative)	Autres garanties
Vos choix de modules	Choix entre le module de Base, Intermédiaire et Complet.	Si vous choisissez d'y participer, vous avez le choix entre le module de Base et Complet.	Aucun choix à faire.
Choix par défaut si le formulaire n'est pas remis à temps	Le module Intermédiaire vous sera octroyé.	Si vous détenez une couverture d'assurance soins dentaires actuellement, le module de Base vous sera octroyé. Sinon, aucune couverture ne vous sera octroyée.	Vos couvertures actuelles seront reconduites. L'assurance vie des personnes à charge sera incluse à votre assurance vie de base.

Statut de protection

Vous avez la possibilité de choisir le statut de protection selon votre situation personnelle. Les choix sont les suivants :

- **Individuel** – protection pour vous seulement
- **Monoparental** – protection pour vous et vos enfants
- **Couple (nouveau)** – protection pour vous et votre personne conjointe
- **Familial** – protection pour vous, votre personne conjointe et vos enfants

Le choix du statut de protection s'applique aux garanties d'assurance maladie et de soins dentaires. Vous ne pouvez pas choisir des statuts de protection différents pour ces deux garanties.

Par exemple, si vous choisissez le statut de protection familial pour la garantie d'assurance maladie, vous aurez aussi le statut de protection familial pour la garantie d'assurance soins dentaires. Cependant, si vous souhaitez être exempté de la garantie d'assurance maladie, vous pouvez participer au régime d'assurance soins dentaires selon le statut de protection qui vous convient.

Par défaut, le statut de protection qui vous sera alloué sera celui que vous détenez actuellement dans la garantie d'assurance maladie de base de l'ancien régime.

Possibilité d'exemption

Vous pouvez obtenir une exemption de la garantie d'assurance maladie si vous détenez une assurance collective sous un autre régime (par exemple, celui de votre personne conjointe) et que vous en soumettez la preuve à votre administrateur. Le cas échéant, vous devrez l'indiquer sur votre formulaire.

Pour faire une demande de fin d'exemption, vous devez démontrer à l'assureur que vous (et vos personnes à charge, s'il y a lieu) déteniez déjà une assurance collective sous un autre régime offrant une protection similaire. Vous devez aussi démontrer qu'il est maintenant impossible, pour vous et vos personnes à charge, de continuer à bénéficier d'une couverture sous le régime précédent.

Vous devez envoyer votre demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la fin de votre couverture d'assurance précédente (celle qui vous permettait une exemption du régime actuel).

Si vous envoyez votre demande après ces 31 jours, votre assurance (et celle de vos personnes à charge, s'il y a lieu) commencera dès la première journée de la période de paie suivant la réception de votre demande par l'employeur.

Événements de vie admissibles

Certains événements de vie vous permettront de modifier votre statut de protection. Les voici :

- Mariage, union civile, admissibilité de la personne conjointe
- Naissance d'un premier enfant (adoption, garde légale)
- Séparation, divorce, dissolution de l'union civile
- Fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge
- Retour aux études d'un enfant à charge
- Décès de la personne conjointe, ou d'un enfant à charge
- Perte ou obtention de couverture de la personne conjointe, pour une raison autre qu'un choix personnel.

Si vous revoyez votre statut de protection à la hausse, le nouveau statut de protection entrera en vigueur à la date de l'événement, à condition que la demande soit faite dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Une modification du statut de protection à la baisse s'appliquera dès la date de signature de la demande que vous soumettez.

Il est à noter qu'un événement de vie ne vous permettra pas de réduire votre niveau de couverture (par exemple du module Complet au module Intermédiaire) sans avoir complété la période de participation minimale. Vous pouvez toutefois augmenter votre niveau de couverture en tout temps. Par ailleurs, les informations décrites plus haut s'appliquent uniquement en cas de présence active au travail. En cas d'absence, certains critères pourraient différer.

Comment bien choisir sa couverture

Voici quelques pistes de réflexion pour vous aider à choisir vos modules de couverture pour les garanties d'assurance maladie et de soins dentaires.

Pour vous aider à choisir le module qui répond le mieux à vos besoins, vous devez tenir compte des dépenses prévues en santé, du coût du module envisagé, du remboursement que vous obtiendriez et du montant que vous devrez payer de votre poche. Vous devez également évaluer votre capacité financière à absorber des dépenses imprévues pour des soins de santé.

► Considérez vos besoins pour des soins médicaux. Par exemple,

- Quels types de dépenses avez-vous engagées au cours des dernières années pour vous ou vos personnes à charge?
- Prévoyez-vous des dépenses supplémentaires au cours des prochains mois?
- Payeriez-vous davantage pour une protection prévoyant un remboursement plus élevé de vos frais admissibles?
- La protection supplémentaire justifie-t-elle le coût supplémentaire?

► Considérez vos besoins pour des soins dentaires. Par exemple,

- Vos frais dentaires sont-ils minimes, modérés ou importants? Examinez vos dépenses à ce chapitre au cours des deux dernières années.
- Prévoyez-vous des dépenses supplémentaires au cours des prochains mois?
- Si vous allez chez le dentiste une fois par année pour un simple examen, avez-vous besoin d'une assurance?

N'oubliez pas que vous devez choisir un module pour l'assurance maladie et les soins dentaires, mais que votre statut de protection doit être le même pour les deux garanties (individuel, monoparental, couple ou familial).

► Double protection pour l'assurance maladie et les soins dentaires

Si vous et les membres de votre famille pouvez être assurés par un autre régime d'assurance maladie ou soins dentaires, comme celui de votre personne conjointe, plusieurs possibilités s'offrent à vous. Vous pouvez:

- Renoncer complètement à la protection et demander une exemption.
- Choisir une couverture sous les deux régimes. Ceci vous permet de coordonner vos demandes de remboursement (Coordination des prestations) avec le régime de votre personne conjointe pour obtenir un remboursement pouvant atteindre 100% des frais admissibles.
- Opter pour le statut de protection individuel et assurer les membres de votre famille, s'il y a lieu, par l'autre régime, ou l'inverse, selon les coûts et la protection offerte par chacun des régimes.

► **Concernant le remboursement des médicaments, que veut dire *liste RAMQ* pour le module de Base et *liste régulière* pour les modules Intermédiaire et Complet?**

- La *liste RAMQ* pour le module de Base signifie que ce module rembourse uniquement les médicaments inscrits à la liste de médicaments admissibles du Régime général d'assurance médicaments du Québec administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, un régime d'assurance maladie doit rembourser au minimum les médicaments qui apparaissent sur cette liste. Cette liste exclut notamment la classe des médicaments pour le traitement de l'obésité.
- La *liste régulière* pour les modules Intermédiaire et Complet signifie que ces modules remboursent tous les médicaments qui nécessitent une prescription, ce qui inclut ceux qui apparaissent sur la *liste RAMQ* ainsi que plusieurs centaines de médicaments qui ne sont pas sur la *liste RAMQ*. Cela exclut toutefois les médicaments accessibles sans prescription, même si ceux-ci sont prescrits par une ou un médecin. La *liste régulière* rembourse notamment les médicaments pour le traitement de l'obésité, à condition que les critères d'autorisation soient satisfaits.
- Pour savoir si vos médicaments sont inscrits à la *liste RAMQ*, veuillez consulter le site de la [RAMQ](#).



Prochaines étapes et information importante

Complétez votre réadhésion en remplissant les informations demandées aux sections *B. Identification de l'adhérent* et *C. Choix de module et de statut de protection* du formulaire de réadhésion qui vous a été remis. Votre numéro de certificat demandé à la section B se trouve sur votre carte d'assurance Desjardins. N'oubliez pas de signer le formulaire et d'indiquer la date.

Une fois rempli, veuillez ensuite remettre votre formulaire à votre administrateur de régime **au plus tard le 24 avril 2026**. Vos choix s'appliqueront à compter du **1^{er} juin 2026**. Si vous ne remettez pas votre formulaire à temps, les choix par défaut indiqués à la section *Sommaire des choix de modules et des choix par défaut* s'appliqueront.

Informations importantes

- **Conservez votre carte de paiement (carte médicaments).** Votre carte de paiement actuelle demeurera fonctionnelle, peu importe les choix que vous ferez. Vos numéros de contrat et de certificat restent les mêmes également. Vous pouvez en tout temps la trouver en ligne sur le site sécurisé destiné aux personnes adhérentes (voir les indications ci-dessous).
- **Transmettez vos réclamations de soins médicaux et de soins dentaires pour des soins encourus avant le 1^{er} juin 2026 sans attendre.** Ces réclamations seront remboursées selon la couverture que vous détenez sous le régime précédent.
- **Les maximums annuels de remboursement du nouveau régime continueront de s'appliquer du 1^{er} janvier au 31 décembre chaque année.** Les montants réclamés sous l'ancien régime pour l'année en cours compteront sous les maximums du nouveau régime.
- **Tous les renseignements contenus dans votre dossier avec Desjardins Assurances demeureront inchangés** (accès au site sécurisé, coordonnées bancaires pour le dépôt direct, historique des réclamations traitées et pour fins d'impôt, liste des professionnels pour la réclamation en ligne, désignation bénéficiaire, etc.).
- **Si vous vous absentez du travail au moment de la campagne de réadhésion pour des raisons autres que médicales,** vous devez tout de même faire vos choix.

- **Si vous êtes en arrêt de travail pour des raisons médicales**, vous devez aussi faire vos choix. Les choix par défaut indiqués à la section *Sommaire des choix de modules et des choix par défaut* s'appliqueront jusqu'à votre retour au travail et les choix que vous aurez faits débiteront à votre retour au travail.
- **Si vous êtes nouvellement admissible au régime d'assurance collective**, vous devez adhérer au régime actuel pour la période de couverture se terminant le 31 mai 2026 et vous devez effectuer vos choix de couverture pour le nouveau régime en vigueur à compter du 1^{er} juin 2026.

Comment accéder à ma carte de paiement Desjardins?

Au besoin, vous pouvez obtenir une copie de votre carte sur le site sécurisé destiné aux personnes adhérentes ou sur l'application mobile, voici comment :

► Site sécurisé destiné aux personnes adhérentes

Si vous n'avez pas encore procédé à votre inscription,

1. Rendez-vous sur notre site desjardins.com/adherent
2. Cliquez sur **Accédez à votre dossier**
3. Dans la section **C'est votre première visite?** cliquez sur **Inscrivez-vous maintenant**
4. Saisissez votre adresse courriel personnelle et suivez les étapes de vérification demandées. Créez ensuite un mot de passe
5. Entrez votre numéro de contrat : **C001** ainsi que votre numéro de certificat
6. Entrez vos informations personnelles, comme demandé
7. Une fois sur le site, sélectionnez l'onglet **Mon dossier**, puis choisissez **Carte de paiement**

Votre inscription est déjà faite,

1. Rendez-vous à desjardins.com/adherent
2. Cliquez sur **Accédez à votre dossier**
3. Une fois sur le site, sélectionnez l'onglet **Mon dossier** puis choisissez **Carte de paiement**

► Application mobile Omni*

1. Téléchargez l'**application mobile Omni** dans l'App Store ou sur Google Play
2. Sur l'écran d'accueil de l'application, appuyez sur **S'inscrire** puis entrez les renseignements demandés
3. À la section **Accès rapide** ou sous les points de suspension **Plus**, choisissez **Carte de paiement**

* Nous vous recommandons de vous inscrire sur le site sécurisé en premier, vous pourrez ensuite utiliser les mêmes adresse courriel et mot de passe pour accéder à votre dossier sur l'application mobile.

Numéro de certificat

Si vous n'avez pas de carte de paiement et avez besoin de récupérer votre numéro de certificat, par exemple, pour vous inscrire sur le site sécurisé, vous pouvez vous adresser à votre administrateur ou à notre **Centre de relation avec la clientèle** en composant le 1 866 505-7050 pour l'obtenir.

Nous espérons que ce guide ainsi que toute la documentation qui vous a été remise vous fourniront les renseignements nécessaires pour bien comprendre le régime d'assurance modulaire qui vous est offert. Toutefois, si vous avez besoin de tout autre renseignement à ce sujet ou concernant la réadhésion, n'hésitez pas à communiquer avec votre administrateur.

À propos de Desjardins Assurances

Desjardins Assurances propose une gamme adaptée de produits d'assurance vie, d'assurance santé et d'épargne-retraite. Depuis plus d'un siècle, ses services novateurs sont offerts aux particuliers, aux groupes et aux entreprises. Desjardins Assurances assure la sécurité financière de plus de cinq millions de Canadiens dans ses bureaux répartis d'un bout à l'autre du pays. Cette entreprise est l'une des principales sociétés d'assurance vie au Canada. Elle fait partie du Mouvement Desjardins, premier groupe financier coopératif au Canada.

desjardins.com/adherent



Desjardins

Assurances

Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Desjardins^{MD}, Desjardins Assurances^{MC} ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec employées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

desjardins.com