



Le Fonds de secours maladie-accident (FSMA)

Entrée en vigueur des règlements : 25-03-2021

514 842-2442 □

Au début de l'année 1920, les fonctionnaires ont créé un fonds de dépannage, appelé Fonds de secours. Alimenté par des contributions volontaires, il avait pour but de venir en aide aux confrères dans le besoin. Devenu depuis le Fonds de secours maladie-accident, il est le plus vieil organisme apparenté au Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP).

Aujourd'hui, le Fonds de secours maladie-accident a quelque peu modifié sa vocation première. Il n'aide plus les membres dans le besoin, mais il sert de police d'assurance maladie pour plus de 6500 membres, leurs conjoints et leurs enfants.

Nous vous présentons les règlements et protections en vigueur actuellement.

Gilles Maheu
Trésorier-archiviste

LES RÈGLEMENTS ET PROTECTIONS
Sommaire

Article 1	Objet
Article 2	Définitions
Article 3	Admissibilité et caractère obligatoire du régime
Article 4	Déclaration
Article 5	Division du Fonds de secours
Article 6	Administration
Article 7	Devoirs et pouvoirs du comité administratif
Article 8	Attributions du trésorier-archiviste
Article 9	Pouvoir du comité exécutif du Syndicat
Article 10	Imputation des caisses
Article 11	Contributions
Article 12	Émission de certificat
Article 13	Procédure de réclamation
Article 14	Coordination des prestations
Article 15	Paiement d'indemnité
Article 16	Appel de la décision
Article 17	Action en justice
Article 18	Exercice financier
Article 19	Vérificateur
Article 20	Protections offertes
Article 21	Protection de soins hospitaliers
Article 22	Protection pour les soins professionnels
Article 23	Protection pour les soins médicaux
Article 24	Protection Hors Québec — Hors Canada dans les cas d'urgence
Article 25	Règlements généraux de la protection de soins dentaires
Article 26	Protection pour les soins dentaires
Article 27	Limitations et exclusions
Article 28	Date d'entrée en vigueur

Article 1 – OBJET

Le Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SCFP), au moyen des contributions des membres fixées par son comité exécutif et des contributions des employeurs, crée un Fonds de secours maladie-accident (FSMA) à l'avantage de ses membres et de leur conjoint et leur(s) enfant(s) à charge, conformément aux dispositions de la Loi sur les Syndicats professionnels. Le FSMA a été reconnu et approuvé par l'Inspecteur général des institutions financières le 27 septembre 1977.

Article 2 – DÉFINITIONS

a) L'expression « membre » signifie :

Le **membre permanent** du SFMM (SCFP) régi par les conventions collectives intervenues entre les villes de l'île de Montréal et ledit Syndicat.

Le **membre auxiliaire** du SFMM (SCFP) régi par les conventions collectives intervenues entre les villes de l'île de Montréal et ledit Syndicat.

Le membre du Syndicat des employés du Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal (SESFMM) considéré comme « membre associé » par résolution du comité exécutif du SFMM (SCFP).

b) L'expression « conjoint » signifie :

Le membre et son « **conjoint** » sont des personnes:

- qui sont mariées ou en union civile et cohabitent ;
- qui vivent maritalement et sont les pères et mères d'un même enfant;
- de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un (1) an.

Cependant, la dissolution de l'union civile, du mariage par divorce ou par annulation, fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union de fait.

Le membre qui ne cohabite pas avec son conjoint légal peut désigner au **FSMA** cette personne comme conjoint. De plus, il peut aussi désigner une autre personne en lieu et place du conjoint légal si cette personne répond à la définition précédente.

Dans tous les cas, la preuve doit être faite à la satisfaction du comité administratif du FSMA.

Le conjoint doit résider au Canada et ne doit pas être assuré en vertu du présent régime.

c) L'expression « enfant à charge » signifie :

1. une personne admissible qui est âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle le père, la mère ou un tuteur exerce l'autorité parentale;
2. une personne admissible, sans conjoint, qui est âgée de 25 ans ou moins, qui fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle le père, la mère ou le tuteur, chez qui elle est domiciliée exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;

3. une personne admissible majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement, survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur la sécurité du revenu*, domiciliée chez le père, la mère ou le tuteur qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

L'enfant à charge doit résider au Canada et ne doit pas être assuré en vertu du présent régime.

L'expression « **établissement d'enseignement** » signifie une personne morale ou un organisme dispensant un enseignement d'ordre secondaire, collégial ou universitaire.

Une personne admissible en vertu de l'alinéa 2. du présent paragraphe doit produire un relevé de notes ou une attestation d'études signée du registraire. Cette attestation doit être présentée pour chaque session où des frais sont réclamés.

Lorsque le père et la mère d'un enfant n'ont pas de domicile commun, le parent avec lequel l'enfant est domicilié doit pourvoir à la couverture de celui-ci.

Toutefois, lorsque le parent avec lequel l'enfant est domicilié est une personne admissible visée à l'article 15 de la *Loi sur l'assurance médicaments* et que l'autre parent est tenu d'adhérer ou est admissible à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux, ce dernier doit pourvoir à la couverture de cet enfant comme bénéficiaire de ce contrat.

Lorsque le père et la mère d'un enfant sont des personnes admissibles visées à l'article 15 de la loi précitée et que le conjoint du parent avec lequel l'enfant est domicilié est tenu de pourvoir à la couverture de ce parent, cette couverture s'étend à cet enfant.

d) **L'expression « plan » signifie :**

L'identification de la participation d'un membre soit dans le plan familial, soit dans le plan monoparental, soit dans le plan individuel.

e) **L'expression « plan familial » vise :**

Le membre, le conjoint et ses enfants à charge tels que définis au paragraphe c) du présent article.

f) **L'expression « plan individuel » vise :**

Le membre sans conjoint ni enfant à charge.

g) **L'expression « plan monoparental » vise :**

Le membre et ses enfants à charge.

h) **L'expression « hôpital » vise :**

Un centre hospitalier, au sens des lois et règlements sur les services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q. c.S-5 et c.S-4.2). À l'extérieur du Québec, tout établissement qui répond aux mêmes normes.

i) **L'expression « maison de convalescence ou de réadaptation » vise :**

Un tel établissement, au sens des lois et règlements sur les services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q. c.S-5 et c.S-4.2). À l'extérieur du Québec, tout établissement qui répond aux mêmes normes.

j) L'expression « villes de l'île de Montréal » inclut les villes suivantes :

Montréal, Cité de Dorval, Côte Saint-Luc, Dollard-des-Ormeaux, Hampstead, Kirkland, Mont-Royal, Montréal-Est, Montréal-Ouest, Pointe-Claire, Sainte-Anne-de-Bellevue et Westmount.

Article 3 – ADMISSIBILITÉ ET CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU RÉGIME

- a) Le membre permanent ou le membre associé est tenu d'adhérer au FSMA, à moins qu'il ne soit assuré auprès d'un autre régime d'assurance collective ou qu'il ne soit âgé de 65 ans ou plus. Il est également tenu d'assurer son conjoint ainsi que ses enfants à charge à moins que ces personnes ne soient assurées auprès d'un autre régime d'assurance collective ou qu'elles ne soient âgées de 65 ans ou plus.
- b) Le membre auxiliaire qui travaille vingt-quatre (24) heures ou plus par semaine depuis quatre (4) semaines consécutives ou qui a cinq (5) ans d'ancienneté est tenu d'adhérer pour la durée de sa cotisation et de son emploi, à moins qu'il ne soit assuré auprès d'un autre régime d'assurance collective ou qu'il ne soit âgé de 65 ans ou plus. Les membres auxiliaires qui adhèrent doivent également assurer leur conjoint ainsi que leurs enfants à charge à moins que ces personnes ne soient assurées auprès d'un autre régime d'assurance collective ou qu'elles ne soient âgées de 65 ans ou plus.
- c) La participation du membre auxiliaire est immédiatement suspendue lors d'une mise à pied. Lors du retour au travail à l'intérieur de la période du droit de rappel, le membre est tenu d'adhérer immédiatement s'il a cinq (5) années ou plus d'ancienneté. Si le membre n'a pas cinq (5) années d'ancienneté, il doit travailler vingt-quatre (24) heures par semaine pour être à nouveau admissible et tenu d'adhérer dès lors.

Tout membre qui n'adhère pas au FSMA alors qu'il y est tenu, parce qu'il est assuré auprès d'un autre régime d'assurance collective, doit faire la preuve de cette assurance à la satisfaction du comité administratif.

Article 4 – DÉCLARATION

- a) Les modifications de type de plan sont limitées à une par membre par exercice financier, comme défini à l'article 18, à moins que le changement ne soit dû à une obligation légale d'adhésion due à la *Loi sur l'assurance médicament*.
- b) Tout changement concernant le conjoint admissible ou le(s) enfant(s) à charge d'un membre ayant un effet sur le plan détenu doit être communiqué, par écrit, au Trésorier-archiviste du FSMA dans les trente (30) jours suivants la date du changement pour avoir un effet rétroactif à la date du changement.
- c) Il appartient au membre de prouver qu'il est devenu un bénéficiaire du plan familial ou du plan monoparental, au sens des présents règlements, et à la satisfaction du comité administratif.

Article 5 – DIVISION DU FONDS DE SECOURS

Le FSMA se divise en une caisse protections et une caisse d'administration.

Article 6 – ADMINISTRATION

Le FSMA est géré par un comité ci-après appelé « comité administratif ». Le comité est composé du Président du Syndicat, du Trésorier-archiviste du Syndicat qui, d'office, sont respectivement Président et Trésorier-archiviste dudit comité administratif du FSMA. Trois (3) autres membres élus parmi les membres du conseil général complètent le comité administratif.

Article 7 – DEVOIRS ET POUVOIRS DU COMITÉ ADMINISTRATIF

Sous la surveillance et le contrôle du comité exécutif du Syndicat, le comité administratif dirige et surveille l'administration du FSMA.

Il fait rapport de son administration au comité exécutif du Syndicat.

Le comité administratif se réunit au besoin sous la présidence du Président du Syndicat ou en son absence, du Trésorier-archiviste du Syndicat.

Toute décision se prend à la majorité des voix.

Nulle dépense d'administration excédant 150 \$ ne peut être faite par le Trésorier-archiviste sans l'approbation préalable du comité administratif sauf les dépenses budgétaires annuelles, lesquelles doivent être acceptées au début de l'exercice par le comité exécutif du Syndicat.

Le comité administratif peut s'adjoindre des conseillers spéciaux et leur payer des honoraires.

Article 8 – ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER-ARCHIVISTE

Le Trésorier-archiviste doit ouvrir un compte de banque spécial pour y déposer toutes contributions, compensations et souscriptions au FSMA. Tout paiement excédant 5 \$ ne doit être fait qu'au moyen de chèque. S'il y a une petite caisse, le Trésorier-archiviste doit tenir une comptabilité séparée pour la caisse protections et pour la caisse d'administration.

Il doit présenter un rapport financier annuel qui, avant d'être présenté aux membres en assemblée générale, a été vérifié par un comptable agréé qui n'est pas membre du Syndicat.

La rémunération du Trésorier-archiviste et du personnel du FSMA est fixée par le comité exécutif du Syndicat.

Le Trésorier-archiviste exerce les droits et remplit les devoirs qui lui sont confiés par le comité exécutif du Syndicat ou par le comité administratif.

Il rend compte au comité administratif des cotisations reçues et de tous les paiements faits à chaque assemblée du comité, ainsi que de toutes les réclamations reçues.

Article 9 – POUVOIRS DU COMITÉ EXÉCUTIF DU SYNDICAT

Le comité exécutif du Syndicat pourra amender, abroger ou remplacer à tout moment, tout article des présents règlements et telle modification des règlements prendra effet, sujette à ratification par l'Assemblée générale des membres du Syndicat, et à l'approbation par l'Autorité des marchés financiers conformément aux dispositions pertinentes de la *Loi sur les Syndicats professionnels* (chapitre S40 des lois refondues du Québec et ses amendements).

Article 10 – IMPUTATIONS DES CAISSES

Sont imputées à la caisse protections toutes les sommes versées aux membres pour eux-mêmes, leur conjoint ou leur(s) enfant(s) à charge.

Toutes les autres dépenses de même que tous les autres frais et déboursés sont payés par la caisse d'administration.

En aucun cas et sous aucun prétexte, le Trésorier-archiviste ne peut, même avec l'assentiment du comité administratif, du comité exécutif du Syndicat ou de l'assemblée générale des membres, réaliser un transfert d'argent de la caisse protections à la caisse d'administration ou inversement.

Article 11 – CONTRIBUTIONS

Les contributions sont payables au plus tard le dernier jour de chaque mois. **Le membre contribue selon son statut et le plan choisi**, les montants apparaissant aux tableaux ci-après :

MEMBRE PERMANENT

CONTRIBUTION PAR PÉRIODE DE PAIE – 1 ^{er} JANVIER 2019			
FRÉQUENCE DE LA PAIE	AUX 14 JOURS \$	2 FOIS PAR MOIS \$	À LA SEMAINE \$
Individuel	18,57	20,12	9,29
Monoparental	27,82	30,14	13,91
Familial	48,24	52,26	24,11

MEMBRE AUXILIAIRE

CONTRIBUTION PAR PÉRIODE DE PAIE – 1 ^{er} JANVIER 2019			
FRÉQUENCE DE LA PAIE	AUX 14 JOURS \$	2 FOIS PAR MOIS \$	À LA SEMAINE \$
Individuel	18,57	20,12	9,29
Monoparental	27,82	30,14	13,91
Familial	48,24	52,26	24,11

Pour le membre associé, la contribution par semaine est de 24,03 \$ pour un plan individuel, de 36,07 \$ pour un plan monoparental et de 52,87 \$ pour un plan familial. Ces contributions sont payées à 60 % par l'employeur et 40 % par le membre.

Les villes de l'île de Montréal versent une compensation au FSMA d'au moins 2,30 % de la masse salariale des fonctionnaires permanents et auxiliaires. De plus, la pleine réduction reçue par l'employeur de la *Commission d'assurance emploi* (CAE) est versée au FSMA. Cette contribution des employeurs ne procure des avantages qu'aux membres permanents et auxiliaires distinctement et ne peut donc s'appliquer pour les membres associés.

Jusqu'à un maximum de dix (10 %) pour cent des revenus totaux de contributions prévus au présent article sont versés à la caisse d'administration alors que le solde est versé à la caisse protections.

La contribution du membre permanent, associé ou auxiliaire est payable durant toute période de congé autorisé (sans solde, vacances, maladie et congé en vertu de la *Loi sur les normes du travail*, etc.) pour laquelle l'assurance est maintenue.

En vertu de l'article 47 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, le comité administratif est tenu d'aviser la RAMQ lorsque l'assurance d'un membre tenu d'adhérer cesse pour cause de non-paiement de prime, après l'envoi de l'avis prescrit.

Article 12 — ÉMISSION DE CERTIFICAT

Le SFMM (SCFP) émet à chaque membre participant un certificat décrivant les avantages auxquels il a droit en raison de sa participation au FSMA. Les protections reconnues par ledit FSMA à un membre, à son conjoint ou à un de ses enfants à charge prennent fin si le membre cesse de l'être, exception faite des dispositions prévues au paragraphe c) de l'article 3.

Article 13 — PROCÉDURE DE RÉCLAMATIONS

Toutes réclamations pour des services encourus au cours d'un exercice financier se terminant le 31 décembre de chaque année doivent être adressées au Trésorier-archiviste du FSMA dans un délai ne dépassant pas soixante (60) jours après la fin dudit exercice financier et toutes les pièces justificatives originales peuvent être numérisées et transmises par courrier électronique au FSMA.

1. Frais hospitaliers

La personne assurée présente simplement son attestation d'assurance à l'hôpital.

2. Médicaments

a) carte FSMA—ESC

Pour l'achat de médicaments, la personne assurée peut se prévaloir du service ESC grâce au numéro d'identification ESC qui apparaît sur sa carte d'attestation d'assurance.

Ce service permet une validation immédiate de la demande de remboursement en pharmacie. De plus, il évite d'avoir à remplir des formulaires de demande de remboursement. Tous les membres détiennent une **carte FSMA—ESC à paiement direct**.

Lors de l'achat de médicaments pour une personne assurée, **cette dernière présente la carte FSMA—ESC et n'acquiesce que la partie de la facture du pharmacien qui n'est pas remboursée par le FSMA.**

b) Mode régulier de demande de prestations

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service d'ESC, le mode régulier de demande de prestations d'autres frais d'assurance maladie est toujours disponible et est décrit au point 3 ci-après.

3. Autres frais d'assurance maladie

Le formulaire « **Réclamation de frais médicaux** » doit être rempli par le membre et parvenir au **FSMA** dans les délais mentionnés précédemment. Chaque réclamation doit contenir toutes les pièces **originales et justificatives** exigées au chapitre des protections par le comité administratif. À noter que toutes les factures doivent mentionner le nom de la personne assurée, la nature, la date et le coût des services.

4. Assurance soins dentaires

La **carte FSMA—ESC** doit être présentée au dentiste qui s'occupera de la transmission et de la validation des frais admissibles auprès de **ESC**. **La personne assurée ne débourse que la portion non remboursable des frais en vertu du FSMA.**

Si le dentiste ne dispose pas du service **ESC** ou en cas de refus, le membre doit faire parvenir au **FSMA** le **formulaire de l'ACDQ** disponible chez le dentiste ou le **formulaire de réclamations dentaires** du **FSMA**, dûment rempli et signé par le dentiste et le membre.

Article 14 — COORDINATION DES PRESTATIONS

Les prestations payables en vertu du **FSMA** sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après, de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été faite auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. un régime d'assurance qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur ou;
2. le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé a priorité sur le montant payable d'un régime assurant la personne en tant que personne à charge ou;
3. le régime couvrant la personne à titre de personne à charge d'un adhérent dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile, a priorité sur tout autre régime et;
4. lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut être établi par les sous-paragraphes 1., 2. et 3. précédents, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

Article 15 — PAIEMENT D'INDEMNITÉ

Toute indemnité est payée au membre ou, en cas de décès, à sa succession.

Article 16 — APPEL DE LA DÉCISION

Un membre peut en appeler au comité exécutif du Syndicat d'une décision du comité administratif. Une demande écrite à cet effet doit être adressée au Trésorier-archiviste

du comité exécutif du Syndicat dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la réception de l'avis de décision.

Ce dernier comité doit rendre sa décision dans les trente (30) jours de la réception de l'avis.

Article 17 — ACTION EN JUSTICE

Nulle action en justice ne peut être intentée par un membre du FSMA en raison d'une décision du FSMA, avant l'expiration des soixante (60) jours qui suivent la décision du comité exécutif.

Article 18 — EXERCICE FINANCIER

L'exercice financier du FSMA s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année. Toute référence dans ces règlements à un maximum par année s'entend d'un maximum par exercice financier.

Article 19 — VÉRIFICATEUR

L'assemblée annuelle des membres, par décision majoritaire, choisit le comptable-vérificateur qui fait la vérification annuelle de la Caisse du Fonds de secours maladie-accident et du rapport du Trésorier-archiviste.

Article 20 — PROTECTIONS OFFERTES

- a) Pour les membres permanents, auxiliaires et associés :** les protections offertes sont celles mentionnées aux articles 21, 22, 23, 24, 25 et 26.

Article 21 — PROTECTION DE SOINS HOSPITALIERS

- a) Hospitalisation de courte durée :**

Lors d'une hospitalisation de courte durée au Québec, le FSMA rembourse l'excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance, **jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée par jour.**

- b) Maisons de convalescence ou de réadaptation :**

Les frais encourus par le séjour en maison de convalescence ou de réadaptation, lorsque prescrit par un médecin, sont remboursés par le FSMA jusqu'à concurrence du montant admissible par jour pour l'hospitalisation de courte durée **et de soixante (60) jours par année, par personne.**

Article 22 — PROTECTION POUR LES SOINS PROFESSIONNELS

L'admissibilité des soins est limitée à ceux effectués en conformité avec le code de déontologie du professionnel visé. Dans tous les cas **une seule visite par jour** par personne assurée est admissible à un remboursement. Tous les spécialistes visés doivent être **membres en règle de leur corporation**, s'il y a lieu.

Cette protection est offerte selon les barèmes de remboursement ci-après énumérés :

- a) Les honoraires d'un **chiropraticien** ou d'un **ostéopathe**, jusqu'à concurrence de **35 \$** par visite et de **vingt (20) visites par année, par personne, par spécialité**. Les **radiographies** recommandées par un chiropraticien, jusqu'à concurrence de **48 \$ par année, par personne**.
- b) Les honoraires d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique** sous la supervision d'un physiothérapeute ou d'un médecin, membre d'un ordre professionnel habilité à donner de tels traitements, jusqu'à concurrence de **35 \$ par visite et de vingt (20) visites par année, par personne, pour l'ensemble de ces soins**.
- c) Les honoraires d'un **psychologue**, d'un **travailleur social**, ou d'un **psychothérapeute obligatoirement accrédité par l'Ordre des psychologues du Québec**, jusqu'à concurrence de **40 \$ par visite et de vingt (20) visites par année, par personne, et ce, pour l'ensemble de ces soins**.
- d) Les honoraires d'un **audiologiste**, d'un **ergothérapeute** ou d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence de **40\$ par visite et de vingt (20) visites par année, par personne, par spécialité**.
- e) Les honoraires d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence de **20 \$ par visite et de vingt (20) visites par année, par personne**. Les **radiographies** recommandées par un podiatre jusqu'à concurrence de **48 \$ par année, par personne**.
- f) Les honoraires d'un **naturopathe** ou d'un **acupuncteur** jusqu'à concurrence de **30 \$ par visite et de vingt (20) visites par année, par personne**, et ce, **pour l'ensemble de ces soins**.
- g) Les frais encourus pour **le transport par un ambulancier licencié** y compris le transport en train ou par avion si nécessaire, jusqu'à concurrence de **300 \$ par personne, par année**.
- h) Les honoraires d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence de **30 \$ par visite et de cinq (5) visites par année, par personne**.
- i) Les honoraires d'un **homéopathe**, d'un **kinothérapeute/kinésithérapeute**, d'un **massothérapeute** ou d'un **orthothérapeute**, **membres en règle de leur organisme**, jusqu'à concurrence de **15 \$ par visite et de vingt (20) visites par année, par personne, par spécialité**.

Article 23 — PROTECTION POUR LES SOINS MÉDICAUX

Cette protection prévoit le **remboursement de 80 %** des frais ci-après énumérés, sauf si spécifié autrement, sous réserve des maximums remboursables au cours d'un exercice financier indiqué dans certains cas.

Les remboursements des frais pour les soins médicaux (article 23) ainsi que les frais « Hors Québec et Hors Canada » (article 24) ne peuvent cependant dépasser **16 000 \$** pour un plan individuel et **24 000 \$** pour un plan familial ou monoparental, par période de quatre (4) ans. Ces maximums sont appliqués sans tenir compte des produits inclus dans la liste de médicaments établie par le ministre de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Les frais admissibles prévus au paragraphe I. sont remboursables à **80 %**. **Toutefois**, lorsqu'il s'agit de frais admissibles pour un médicament d'origine pour lequel un substitut générique est disponible, **ils sont remboursables à 80% des frais admissibles du substitut générique**, et ce, même si l'ordonnance médicale n'autorise pas la substitution. Le remboursement de certains médicaments peut exiger une autorisation préalable.

Les remboursements ci-dessus sont applicables **jusqu'à concurrence de 5435 \$** de frais annuels admissibles par adulte. Les frais admissibles excédentaires sont remboursables à **100 %**. Les frais admissibles des enfants à charge sont ajoutés à ceux du membre afin d'établir si ces frais sont remboursables à 80 % ou à 100 %.

A. Les honoraires d'un **infirmier ou d'un infirmier auxiliaire, membre en règle de leur corporation respectives**, n'étant ni employé de l'hôpital ni une personne de la famille du membre ou résidant chez lui, à condition que les soins soient jugés nécessaires par le médecin traitant. **Le maximum quotidien remboursable est de 300 \$ lorsque les soins sont dispensés à domicile et de 150 \$ lorsqu'ils sont dispensés en milieu hospitalier, et ce, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 10 000 \$, par personne et par période de deux (2) ans**. L'admissibilité des soins est limitée aux soins effectués en conformité avec le code de déontologie du professionnel concerné

B. Les frais encourus pour les séjours en maison de thérapie pour dépendance sont remboursables :

- **à 80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum remboursable de 1800 \$ pour une première thérapie;**
- **à 50 % jusqu'à concurrence d'un maximum remboursable de 900 \$ pour une seconde thérapie;**
- **à 25 % jusqu'à concurrence d'un maximum remboursable de 500 \$ pour une troisième thérapie,**

sur recommandation des responsables du programme d'aide aux membres. Ces conditions de remboursement sont applicables par période de cinq (5) ans.

C. Le coût d'achat de membres artificiels, y compris un œil artificiel, si la cause provoquant la perte de l'usage d'un membre ou organe naturel est survenue en cours d'assurance, et d'autres orthèses ou prothèses externes, sur recommandation médicale d'un orthopédiste ou d'un physiatre (exclusions : prothèses dentaires, capillaires, appareils auditifs, lunettes et lentilles cornéennes).

- D. Le coût d'achat **d'orthèses podiatriques** sur recommandation d'un médecin ou d'un podiatre, fournis par un orthésiste accrédité détenteur d'un permis émis par les autorités légales, **jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 192 \$ par paire et jusqu'à un maximum d'une paire par année civile (deux paires pour les enfants de moins de 13 ans).**
- E. L'achat de **chaussures orthopédiques, jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 400 \$ par paire et jusqu'à un maximum d'une paire par année civile (deux paires pour les enfants de moins de 13 ans).** Sont considérées comme orthopédiques les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont également admissibles les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes (aptées à recevoir des orthèses) ainsi que toutes formes de sandales ne sont pas admissibles à la présente protection.
- F. L'achat de **bas de contention à compression moyenne ou forte (21mm/Hg et plus)** fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de trois (3) paires par année civile, sur recommandation médicale.
- G. Les frais de location d'un **fauteuil roulant non motorisé, lit d'hôpital, matériel requis pour administrer l'oxygène et de tout autre matériel prothétique, orthopédique et thérapeutique durable, médical ou chirurgical,** jugée acceptable par le comité administratif, lorsque prescrite par un médecin. La location peut être remplacée par l'achat lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par le comité administratif.
- H. L'achat de **pansements, béquilles, attelle, bandage herniaire, corset orthopédique, collet cervical, ceinture abdominale, oxygène** et tout autre matériel jugé acceptable par le comité administratif, lorsque prescrit par un médecin.
- I. **Les médicaments requis médicalement et prescrits par un médecin ou un dentiste. Sont inclus les produits suivants :**
- Les médicaments et autres produits couverts en vertu du **Régime général d'assurance médicaments (RGAM);**
 - Les médicaments, incluant les vitamines, que le RGAM ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont obtenus auprès d'un pharmacien;
 - Les médicaments obtenus à la suite d'une ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

Dans le cas de maladie considérée grave dans le monde médical, certains médicaments non PR obtenus à la suite d'une ordonnance médicale peuvent être remboursés à certaines conditions.

J. L'achat d'un stérilet.

K. Le matériel diabétique :

- **Glucomètre** : jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 250\$, par personne, par période de 4 ans, sur ordonnance médicale.
- **Agents de diagnostic** : l'achat d'agents de diagnostic incluant les comprimés, bâtonnets, lancettes et capteurs sur ordonnance médicale.
- **Pompes à insuline** : l'achat de la pompe **jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 6400 \$, par personne, par période de cinq (5) ans** et l'achat des accessoires **jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 1920 \$, par personne, par année**, sur ordonnance médicale

L. **Les radiographies, électrocardiogrammes, polysomnographies, analyses de laboratoire** aux fins de diagnostic sans hospitalisation, lorsque prescrits par un médecin. Toutefois, **les frais sont remboursables à 60 % au lieu de 80 %**.

M. Les examens en imagerie: **échographies, scanners et résonances magnétiques** aux fins de diagnostic sans hospitalisation, lorsque prescrits par un médecin. Toutefois, **les frais sont remboursables à 60 % au lieu de 80 %**.

N. **Les injections de Synvisc et autres viscosuppléments dans une articulation**, lorsque prescrites par un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 350 \$ par personne, par année.

O. Les frais d'une chirurgie esthétique, prescrite par un médecin à la suite d'un accident. Cette chirurgie doit être pratiquée dans les trois (3) mois suivant l'accident.

P. Les frais d'achat, de remplacement, de location, d'ajustement ou de réparation **d'appareils auditifs** jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 500 \$ par personne, par période de quarante-huit (48) mois, sur recommandation d'un audiologiste.

Q. Les frais d'achat d'une orthèse d'avancement mandibulaire OU d'un appareil de traitement de l'apnée du sommeil (CPAP), lorsque prescrit par un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 1600 \$, par personne, par période de 4 ans.

Les frais de location mensuelle (maximum 3 mois) de l'appareil de traitement de l'apnée du sommeil (CPAP). Par contre, les frais de remplacement du masque, des accessoires ou les frais de réparation ne sont pas remboursables.

Article 24 — PROTECTION HORS QUÉBEC — HORS CANADA DANS LES CAS D'URGENCE *

Cette protection ne remplace pas une assurance voyage. Les remboursements sont en fonction des montants qui auront été payés par le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou le Régime d'assurance hospitalisation du Québec. Les montants qui excèdent les remboursements peuvent être très importants.

a) Hors Québec (Séjour temporaire)

Lorsqu'un membre doit engager des frais à la suite d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenus dans une province canadienne autre que le Québec, les frais et services suivants sont couverts :

Frais hospitaliers : le FSMA verse un montant jusqu'à concurrence de celui prévu à l'article 21 a) pour couvrir la partie des frais excédant le montant payable par le Régime d'assurance hospitalisation du Québec.

Services professionnels assurés par la RAMQ : sur présentation de « l'état de demande de remboursement » produit par la RAMQ, le FSMA rembourse **la différence du montant payé par la RAMQ, sans toutefois dépasser ce montant.**

Services professionnels et frais médicaux non assurés par la RAMQ : le FSMA rembourse ces frais, tel que prévu aux articles 22 et 23.

b) Hors Canada (séjour temporaire)

Lorsqu'un membre doit engager des frais à la suite d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenus à l'extérieur du Canada, les frais et services suivants sont couverts :

Frais hospitaliers et services professionnels assurés par la RAMQ : sur présentation de « l'état de demande de remboursement » produit par la RAMQ, le FSMA rembourse **la différence du montant payé par la RAMQ, sans toutefois dépasser ce montant.**

Services professionnels et frais médicaux non assurés par la RAMQ : le FSMA rembourse ces frais, tel que prévu aux articles 22 et 23.

**Article 25 — RÈGLEMENTS GÉNÉRAUX DE LA PROTECTION
DES SOINS DENTAIRES**

- a) La protection pour les soins dentaires est assujettie aux mêmes règlements que les autres protections puisqu'elle fait partie intégrante du FSMA.**
- b) La protection de soins dentaires est accordée aux membres permanents, auxiliaires et associés, tel que défini au paragraphe a) de l'article 2 ainsi qu'à leur conjoint et/ou à leurs enfants à charge.**
- c) Pour les membres permanents, auxiliaires et associés, les protections de soins dentaires sont celles mentionnées aux alinéas a), b) c) et d) de l'article 26.**
- d) La franchise est de 20 \$ par année pour le plan individuel et de 40 \$ pour les plans familial et monoparental et s'applique une seule fois par année pour l'ensemble des soins prévus aux paragraphes b), c) et d) de l'article 26.**
- e) Lorsque le coût d'un traitement excède 600 \$, un plan de traitement et des radiographies peuvent être soumis par le professionnel à ESI avant le début des traitements. Cette démarche permet d'établir si les soins prévus sont admissibles et à quel montant de prestations la personne assurée pourrait s'attendre, le cas échéant.**
- f) Lorsqu'un membre assuré doit engager des frais dentaires à la suite d'un accident ou d'une condition subite et inattendue survenus lors d'un séjour temporaire dans une province canadienne autre que le Québec ou à l'extérieur du Canada, et que le membre requière des soins dentaires d'urgence, le membre peut recevoir une compensation selon le mode de remboursement prévu pour la catégorie de soins correspondant aux codes de procédés, pourvu que ces services soient couverts par le FSMA et que la demande de réclamation soit appuyée d'un affidavit provenant d'une dentiste du Québec attestant que des soins dentaires d'urgence étaient requis.**
- g) Le maximum de remboursement pour les soins complémentaires et prothodontiques, soit les alinéas b) et c) de l'article 26, est limité à 750 \$ par année, par personne.**
- h) Les frais admissibles sont ceux engagés pour les soins dentaires énumérés au Tableau des codes de procédés, sous réserve que :**
 - 1. Aucun remboursement n'est fait par anticipation;
 - 2. Les frais engagés et consentis via un plan de traitement cesseront d'être versés dès qu'un conjoint ou un enfant à charge n'est plus considéré comme tel, qu'un membre prend sa retraite ou qu'il n'est plus membre du Syndicat;
 - 3. Les frais engagés doivent l'être pour des services rendus par un dentiste ou un denturologiste licencié;
 - 4. Les frais engagés ne doivent pas dépasser les tarifs indiqués au tarif de référence pour le traitement le moins dispendieux offrant un résultat professionnellement acceptable. Le tarif de référence utilisé est en fonction du type de dispensateur fournissant les soins.

N.B. Les tarifs de référence sont ceux apparaissant à la « Nomenclature des actes buccodentaire » de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec dans le cas des dentistes et au « Guide des tarifs suggérés à l'usage du denturologiste » de l'Association des denturologistes du Québec dans celui des denturologistes.

Le comité exécutif du Syndicat détermine annuellement le tarif de référence de l'année concernée compte tenu de la situation financière du FSMA. À moins d'avis contraire publié sur le site Internet du SFMM (www.sfmm429.qc.ca), les tarifs de référence sont ceux de l'année courante.

Article 26 — PROTECTION POUR LES SOINS DENTAIRES

- a) **Les soins dentaires de base, soit le diagnostic, les soins de prévention, de périodontie et les procédures d'urgence sont remboursés à 100 %, sans aucune franchise**, selon que les soins réfèrent aux codes de procédés acceptés comme tels et énumérés à la « Catégorie A — soins dentaires de base » du Tableau des codes de procédés.
- b) **Les soins dentaires complémentaires, soit les restaurations, l'endodontie, la parodontie et les chirurgies buccales, sont remboursés à 70 % après la franchise** prévue au paragraphe d) de l'article 25, selon que les soins réfèrent aux codes de procédés énumérés à la « Catégorie B — soins dentaires complémentaires » du Tableau des codes de procédés.
- c) **Les travaux de prosthodontie, tant pour les prothèses fixes qu'amovibles (limite d'un remplacement par période de cinq [5] ans) ainsi que les travaux effectués par un denturologiste licencié sont remboursés à 50 %, après la franchise** prévue au paragraphe d) de l'article 25, selon que les soins réfèrent aux codes de procédés pour les prothèses fixes et/ou aux prothèses amovibles complètes ou partielles, énumérées à la « Catégorie C — prosthodontie » du Tableau des codes de procédés.
- d) **Les traitements d'orthodontie applicables aux personnes admissibles de moins de 21 ans sont remboursés à 50 % après la franchise** prévue au paragraphe d) de l'article 25, **jusqu'à un maximum de 1000 \$ à vie par personne, pour les membres permanents, auxiliaires et associés**, selon que les soins réfèrent aux codes de procédés énumérés à la « Catégorie D — orthodontie » du tableau des codes de procédés et selon la procédure et les modalités ci-après décrites :
 - La date du début du traitement détermine l'exercice financier concerné;
 - Le versement initial est remboursable à 50 %, après déduction de la franchise s'il y a lieu, jusqu'à un maximum de 250 \$;
 - Les versements mensuels subséquents sont ceux indiqués au plan de traitement établi par l'orthodontiste et approuvé par l'administrateur, et tiennent compte de la durée probable du traitement de façon à ce qu'aucun remboursement ne soit fait par anticipation des services rendus;
 - Pour être remboursées, les mensualités réclamées doivent être présentées à l'intérieur des délais prévus pour l'exercice financier (re : article 13).

Le tableau des codes de procédés se retrouve à la fin de ce feuillet. Il est mis à jour annuellement et apparaît aussi sur le site Web du SFMM (www.sfmm429.qc.ca).

Article 27 – LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Les limitations et exclusions qui suivent ne sont aucunement applicables aux produits inclus dans la liste de médicaments établie par le ministre de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (liste RAMQ). Toutefois, les restrictions aux différents produits de la liste RAMQ spécifiées dans cette même liste demeurent pleinement applicables.

1. Les soins qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables, ordinaires et habituelles de la pratique courante et effectuée en conformité au code de déontologie des professions de la santé concernées;
2. La partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'assurance hospitalisation, sur l'assurance maladie, sur l'assurance automobile ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ou dans tout autre pays, ou en vertu de tout autre régime public ou privé;
3. Tous les frais non mentionnés aux articles 21, 22, 23, 24, 25 et 26 ainsi qu'à l'annexe des soins dentaires;
4. Les frais supportés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale;
5. Les frais supportés pour les médicaments et produits suivants :
 - a) Produits naturels, fibres, huiles, herbages, vitamines et minéraux obtenus en vente libre;
 - b) Produits et injections servant au traitement de la cellulite;
 - c) Produits et injections servant au traitement esthétique des varices;
 - d) Médicaments, hormones, minéraux, produits et injections servant au traitement de l'obésité;
 - e) Protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire produits servant de suppléments ou de compléments à l'alimentation);
 - f) Médicaments, hormones, produits et injections de nature expérimentale ou utilisés pour une indication non reconnue officiellement par le Bureau des essais cliniques – *Santé Canada*
 - g) Produits pour soins esthétiques et cosmétiques (comprenant les produits cosmétiques hypoallergènes) ;
 - h) Produits topiques (savons, huiles, lotions, crèmes, pommades, shampooings, poudres, aérosols et solutions) obtenus en vente libre;
 - i) Produits d'hygiène dentaire et pastilles médicamenteuses;
 - j) Solutions pour lentilles cornéennes;
 - k) Produits contraceptifs autres que les contraceptifs oraux et les stérilets;
 - l) Substituts du lait ou formules pour nourrisson;
6. Les frais ayant trait à l'achat, à l'entretien ou à l'ajustement de lunettes, de lentilles cornéennes;
7. Les frais supportés pour des séances de thérapie de relaxation ou de biofeedback, sauf ceux encourus chez un psychologue (re : article 22 c);
8. Toute blessure ou maladie résultant d'une insurrection ou guerre ou de tout incident s'y rapportant ou participation à une émeute;

9. Toute blessure ou maladie subie au cours de l'exécution ou de la tentative d'exécution d'un acte criminel ou de suicide;
10. Les examens de la vue
11. Le matériel gériatrique ou d'adaptation;
12. Les neurostimulateurs;
13. Les prothèses capillaires;
14. Les traitements et médicaments reliés à l'infertilité;
15. Les frais reliés à un ticket modérateur;
16. Les traitements et médicaments reliés à la dysfonction érectile.

Article 28 — DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

Sous réserve de dispositions contraires prévues à certains articles, les présents règlements entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

COMITÉ ADMINISTRATIF DU FONDS DE SECOURS MALADIE-ACCIDENT

Tel que définit l'article 6 des règlements et protections, voici les personnes qui siègent au Comité administratif du FSMA :

Sébastien Bluteau, Francine Bouliane, Pierre Cournoyer, Gilles Maheu et Patrice Leclerc.

Si vous avez des questions concernant vos réclamations, les protections en vigueur ou pour toute autre information, n'hésitez pas à communiquer avec les employé-e-s du FSMA. C'est une équipe compétente qui travaille pour bien vous servir de 8 h 15 à 16 h 45 tous les jours de la semaine. Prenez note que le personnel est disponible pour répondre à vos appels téléphoniques entre 8 h 30 et 11 h 30, puis entre 13 heures et 16 h 45, du lundi au vendredi inclusivement.