



Petit lexique pour GRANDS MOTS d'assurance

Assurance collective,
Assurance de personnes,
Assurance groupe...

Est-ce que ces expressions
signifient toutes la même chose?

La réponse : oui.

Nous savons qu'il n'est pas toujours évident de se retrouver dans le langage souvent complexe et spécialisé de l'assurance collective. Si vous faites partie d'un regroupement de personnes (par le biais de votre travail ou d'une association, par exemple) bénéficiant d'une assurance qui consiste à vous protéger en vertu d'un même contrat, vous êtes un assuré en assurance collective.

Nous vous proposons ici quelques explications de mots souvent utilisés en assurance collective qui pourraient donner un meilleur sens à votre contrat d'assurance.

Bien que nous comprenions que votre brochure d'assurance ne constitue pas en votre lecture de chevet préférée, nous espérons que ces définitions pourront éclairer et vous donner un coup de pouce pour mieux comprendre vos protections d'assurance collective!

SSQ Groupe
financier

Les valeurs à la bonne place

ADHÉRENT

L'adhérent est la personne qui participe directement à une assurance collective en tant que membre d'un groupe déterminé. Si cette personne possède un contrat « familial », elle peut également fournir une protection aux membres de sa famille (conjoint et enfant(s)). Les membres de sa famille sont considérés comme des assurés, souvent appelés « personnes à charge ».

Autres termes utilisés : assuré, membre, participant.

ADJUDICATION

Processus administratif qui sert à déterminer l'admissibilité d'une demande de prestations selon le contrat d'assurance collective. Par exemple, lorsqu'un assuré fait parvenir une demande de remboursement pour un soin de santé, SSQ s'occupe de déterminer les modalités de remboursement applicables. C'est à ce moment que SSQ « adjudique » la demande. L'adjudication peut également s'appliquer aux demandes de remboursement électroniques.

Autres termes utilisés : paiement de prestations, admissibilité.

BÉNÉFICIAIRE

Personne désignée pour toucher le capital d'assurance vie au moment du décès de l'assuré.

Révocable

La désignation révocable peut être modifiée en tout temps par l'assuré.

Irrévocable

La désignation irrévocable ne peut pas être modifiée sans la signature du bénéficiaire.

CERTIFICAT D'ASSURANCE

Document qui atteste officiellement des garanties prévues au contrat de l'assuré. Le nom de l'assureur, le nom de l'adhérent et les numéros de contrat et de certificat apparaissent sur le certificat. Une carte détachable est souvent présente au bas du document afin de permettre à l'adhérent de l'utiliser pour des remboursements en pharmacie ou chez le dentiste.



COASSURANCE

Règle de remboursement correspondant au pourcentage des frais remboursables que l'assuré doit assumer avant de pouvoir toucher des prestations d'assurance collective. En d'autres mots, c'est le pourcentage du coût total que l'assuré doit payer de sa poche avant d'obtenir son remboursement.

Exemple :

Soin réclamé :	100 \$
% remboursement au contrat :	80 %
Montant remboursé :	80\$

Coassurance : 20 % (l'assuré devra alors déboursé 20 \$)

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si deux adhérents conjoints sont protégés par deux contrats d'assurance collective familiaux différents, ils ont la possibilité de faire de la coordination des prestations en effectuant leur réclamation en premier lieu dans leur contrat principal et ensuite, de réclamer la balance des frais non couverts par l'assureur de leur conjoint. **Attention!** Les deux adhérents doivent détenir des contrats familiaux pour coordonner leurs prestations.

DÉBOURSÉ (communément appelé *out of pocket*)

Partie de frais non assurée par le contrat d'assurance collective qui doit être payée par l'assuré. Le déboursé est le montant que l'assuré doit payer de sa poche; il peut inclure la *coassurance*, la *franchise* ou la *quote-part*.

DÉLAI DE CARENCE

Période d'attente avant de toucher des prestations. Terme souvent utilisé en assurance salaire où par exemple, un délai d'attente de 7 jours est prévu au contrat avant de donner droit à des prestations.

Autres termes utilisés : période d'attente, période de carence, délai d'attente.

DROIT DE TRANSFORMATION

Droit donné à un assuré pour transformer totalement ou partiellement ses garanties d'assurance collective, à l'exception des garanties d'assurance salaire, en assurance individuelle à la fin de son contrat d'assurance collective.

EXEMPTION

Droit de déroger à l'obligation d'adhérer aux garanties d'assurance maladie dans la mesure où la personne qui en fait la demande fournit la preuve qu'elle est couverte par le biais de son conjoint ou d'un autre emploi.

EXONÉRATION DE PRIMES

Garantie selon laquelle l'assuré est exempté (libéré) du paiement de ses primes en cas d'invalidité.

FRANCHISE

Montant que doit assumer, au cours d'une année civile, l'assuré avant que l'assureur effectue tout remboursement. Une franchise peut varier selon le type de protection. Elle peut être par exemple de 25 \$ pour une protection individuelle de frais médicaux ou de 50 \$ pour une protection familiale. **Attention!** Ne pas confondre *franchise* et *coassurance*. La *franchise* est un montant fixe à atteindre avant d'obtenir un remboursement, alors que la *coassurance* est exprimée en pourcentage et est calculée à chaque réclamation.

INVALIDITÉ

Limitation physique ou mentale, d'une durée temporaire ou permanente, qui empêche un assuré de remplir partiellement ou totalement les principales fonctions de son emploi.

MÉDICAMENT EN AUTORISATION PRÉALABLE (communément appelé médicaments d'exception)

Communément appelé médicament d'exception, ce type de médicament est particulièrement coûteux et utilisé pour des cas très précis. Les médicaments en autorisation préalable sont dans une catégorie déterminée à partir de la liste des médicaments assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Médicament identique ou équivalent à celui d'une marque, mais vendu à un prix inférieur à ce dernier. Les substances actives du médicament sont soit identiques ou équivalentes à celles du produit de marque. Seule la présentation diffère.

MÉDICAMENT INNOVATEUR

Médicament protégé par un brevet et qui a un substitut générique équivalent.

MÉDICAMENT D'ORIGINE UNIQUE

Médicament protégé par un brevet n'ayant pas de substitut générique.

PRESTATIONS

Versement ayant pour objet l'indemnisation d'un risque assuré. Une prestation en assurance maladie pourrait correspondre au paiement résultant d'un remboursement pour un soin de chiropractie alors qu'une prestation en assurance salaire correspondrait au versement d'un pourcentage du salaire pour l'assuré.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Validation de l'état de santé générale d'un assuré afin de déterminer l'acceptation ou non d'une assurance.

PRIME

Somme versée à l'assureur en échange d'une prise en charge d'un risque donné. Souvent, les primes sont déduites directement à partir de la paie de l'assuré. Elles peuvent être partagées entre l'employeur et l'assuré ou assumée totalement par l'un des deux.

QUOTE-PART (ticket modérateur)

Montant que doit assumer l'assuré à une assurance de frais médicaux lors d'un achat de médicaments. Cette quote-part est payable lors de chaque achat de médicament.

Ce petit lexique n'est pas exhaustif. Il se veut plutôt en un résumé des termes les plus utilisés en assurance collective. Il existe d'autres expressions et mots qui ne sont pas expliqués dans le présent document.

En cas de doute, n'hésitez pas à vous référer à votre personne responsable de l'assurance collective ou encore, à communiquer avec notre Service à la clientèle.

Sources

Le Guide évolutif, Vocabulaire de l'assurance collective au Québec. Michel Ferland, en collaboration avec l'Office québécois de la langue française et M. Yvon Delisle, coréviseur du Multidictionnaire de la langue française. Édition MF Conseil, Édition spéciale 5^e anniversaire.

Site Web de l'Office québécoise de la langue française. www.oqlf.com.