



Association
québécoise de la
physiothérapie

Prix
compétitifs



Couverture
à valeur ajoutée

Service
personnalisé



RÉSUMÉ DU PROGRAMME

Octobre 2022 - Police n° 32406

Programme d'assurance administré par

 **médicassurance**

CONTRIBUEZ À MAINTENIR VOTRE STABILITÉ FINANCIÈRE

grâce au programme d'assurance de l'Association québécoise de la physiothérapie

Pourquoi avez-vous besoin d'assurance ?

L'Association québécoise de la physiothérapie reconnaît qu'il est important d'assurer la sécurité financière des êtres qui vous sont chers et votre tranquillité d'esprit. Un programme d'assurance complet peut vous procurer des bases solides en matière de protection sur lesquelles vous pourriez vous appuyer pour préserver votre style de vie et celui de votre famille si vous vous trouviez dans l'impossibilité de travailler par suite d'un accident ou d'une maladie. C'est pourquoi le AQP s'est alliée avec MédicAssurance inc. pour vous offrir un programme d'assurance de qualité qui combine la souplesse d'une couverture individuelle avec les avantages financiers que procure une assurance collective. En votre qualité de membre de l'AQP, vous pouvez profiter des garanties ci-dessous offertes à un prix abordable.

Assurance vie

Élément-clé d'une solide planification financière

Que vous soyez au début de votre carrière, établi et marié ou à planifier votre retraite, protégez le bien-être financier de votre famille et de ceux qui vous sont chers, dans l'éventualité de votre décès, grâce à l'assurance vie.

Assurance décès ou mutilation par accident

Une protection supplémentaire

L'assurance décès ou mutilation par accident contribue à vous assurer une protection supplémentaire en cas de décès ou de blessure grave résultant d'un accident.

Assurance frais médicaux, assurance médicaments et assurance frais dentaires

Des solutions complètes et économiques pour répondre à vos besoins en matière de soins de santé

L'assurance frais médicaux, l'assurance médicaments et l'assurance frais dentaires prévues par le programme couvrent un éventail de frais nécessaires sur le plan médical, qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie de votre province. Elles peuvent vous aider à régler les frais que vous devez engager pour vous procurer des médicaments sur ordonnance, pour bénéficier d'une assistance médicale en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province, ou pour recevoir des soins dentaires.

Assurance maladies graves

Parce qu'il importe avant tout de bénéficier de la bonne protection

Grâce aux progrès technologiques réalisés dans le domaine médical, les chances de survivre à une maladie grave sont meilleures que jamais. Les effets que peut avoir un diagnostic de maladie grave sur les plans physique et affectif sont difficiles à supporter, mais qu'en est-il des conséquences d'ordre financier ? La perte de votre revenu d'emploi et le coût des traitements médicaux qui ne sont couverts ni par le régime provincial d'assurance maladie ni par un régime privé peuvent compromettre votre sécurité et votre indépendance financière. L'assurance contre les maladies graves est conçue pour contribuer à votre tranquillité d'esprit et vous permettre de vous consacrer entièrement à ce qui compte le plus – votre rétablissement.

Assurance salaire de longue durée

Préservez votre capacité de gagner un revenu

Votre capacité de gagner un revenu constitue l'un de vos biens les plus importants. Si vous vous trouvez dans l'impossibilité de travailler par suite d'un accident ou d'une maladie, l'assurance invalidité de longue durée peut contribuer à votre sécurité financière et à celle de votre famille en vous procurant un revenu mensuel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Un programme exclusif

Le programme d'assurance de l'AQP est offert exclusivement aux membres. Vous êtes admissible si :

- vous êtes membre en règle de l'AQP;
- vous travaillez 20 hrs et plus par semaine en tant que physiothérapeute ou technologue en physiothérapie;
- vous n'avez pas accès à de l'assurance collective offerte par votre employeur;
- vous avez moins de 65 ans, et;
- vous résidez au Canada.

La couverture prend effet le 1^{er} du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion dûment remplie.

Une couverture pour les personnes à votre charge

Si vous choisissez la couverture couple, monoparentale ou familiale, votre conjoint(e) et vos enfants seront automatiquement couverts par l'assurance médicaments. Si vous choisissez la garantie frais médicaux (options 3 ou 4), vos personnes à charge seront couvertes par l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance médicaments et l'assurance frais médicaux.

Par conjoint, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe avec laquelle vous cohabitez depuis au moins douze mois et qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint. Aucune période minimale de cohabitation n'est exigée si un enfant est né de votre union.

Par enfant, à charge on entend votre enfant ou l'enfant de votre conjoint, à l'exclusion d'un enfant pris en foyer nourricier, qui n'est ni marié ni lié par un autre type d'union formelle reconnue par la loi et qui est âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 26 ans, s'il s'agit d'un étudiant à temps plein dont vous assurez entièrement le soutien). Aucune limite d'âge ne s'applique si l'enfant est totalement invalide en raison d'une incapacité physique ou mentale. Toutefois, cette incapacité doit être survenue avant l'âge de 18 ans et alors que l'enfant répondait à la définition d'enfant à charge.

Cessation de la couverture

La couverture prendra fin à la moins tardive des dates ci-après :

- à la date de terminaison de la police
- à la date où vous cessez d'être membre en règle
- à la date où il y a défaut quant au paiement des primes
- à la date du dernier jour du mois suivant la réception d'un avis écrit de 30 jours votre part
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans

Gestion et administration du programme

MédicAssurance inc. assure la gestion du programme d'assurance de l'Association québécoise de la physiothérapie et se tient à votre disposition pour répondre à vos questions concernant l'assurance et vous fournir les formulaires nécessaires. L'assureur de ce programme est Assomption Vie.

Le présent document vous donne un aperçu des principales caractéristiques du programme d'assurance, mais il n'en présente pas toutes les particularités. Le contrat collectif établi par Assomption Vie à l'intention de l'Association québécoise de la physiothérapie expose dans leur intégralité les dispositions, conditions, exclusions et restrictions qui régissent ce programme d'assurance.

GARANTIES ET CARACTÉRISTIQUES

Assurance vie (incluse dans les options 3 et 4)

Montant de la couverture

30 000 \$ inclus sans déclaration d'assurabilité.

Couverture du conjoint

10 000 \$

Couverture des enfants à charge (dès 24 heures)

5 000 \$

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si, avant l'âge de 65 ans, vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale.

Assurance décès ou mutilation par accident (incluse dans les options 1, 2, 3 et 4)

Montant de la couverture

30 000 \$ sans déclaration d'assurabilité. Garantie offerte à l'adhérent seulement.

Exonération des primes en cas d'invalidité

Exonération du paiement des primes conformément à la garantie d'assurance-vie.

Assurance médicaments

Les médicaments couverts sont ceux figurant sur la liste de la RAMQ. Les médicaments sont remboursés au prix le plus bas et les génériques sont obligatoires. Toute demande de règlement pour un médicament ou patient d'exception doit être acheminée à MédicAssurance pour autorisation au préalable par l'assureur.

Le coût des médicaments, incluant la marge bénéficiaire du grossiste et le coût des honoraires professionnels du pharmacien sont remboursés au prix le plus bas, soit les mêmes taux et les mêmes montants que ceux remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec au même titre que le régime général public. Tout montant non remboursé est à la charge de l'assuré, en sus de la franchise annuelle.

L'option sans preuve médicale est offerte à tout membre désirant se procurer une assurance médicaments. Un questionnaire médical doit être rempli pour l'adhérent principal et ses personnes à charge, le cas échéant, si une option bonifiée (1, 2, 3 et 4) est demandée.

Franchise et pourcentage de remboursement

Option de base	
Franchise	Équivalente à la contribution annuelle maximale établie par la RAMQ* *Ajustée le 1 ^{er} juillet de chaque année
Pourcentage de remboursement	100 % du prix le plus bas
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Option 1	
Franchise	100 \$ par année civile – individuelle 200 \$ par année civile – couple, monoparentale ou familiale
Pourcentage de remboursement	75 % du prix le plus bas
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Option 2	
Franchise	750 \$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale
Pourcentage de remboursement	100% du prix le plus bas
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Voici un aperçu des frais remboursables au titre de la couverture. Ces frais ne sont pas sujets à la franchise et à la coassurance.

Frais	Maximum
Accident aux dents naturelles	Illimité
Ambulance	Illimité (aérien : 1 000 \$)
Frais de location (divers)	Illimité
Maison de convalescence (semi-privée)	20 \$ par jour, maximum 60 jours
Soins infirmiers	5 000 \$

À moins d'indications contraires, les montants remboursables sont par année civile et par assuré.

Assurance voyage (incluse dans les options 1, 2, 3, et 4)

Assurance médico-hospitalière, assurance annulation et interruption de voyage

Si vous ou un membre de votre famille devez recevoir des soins médicaux d'urgence lorsque vous vous trouvez à l'extérieur de la province de votre domicile, vous pouvez bénéficier de services d'assurance médicale et d'autres services de soutien à la famille conformément à l'assurance médico-hospitalière. Cette couverture rembourse les frais d'hospitalisation pour une chambre à deux lits et certains frais qui surviennent dans les cas d'urgence lorsque la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas 180 jours consécutifs.

L'assurance médico-hospitalière ne couvre pas les pertes ou les frais liés en tout ou en partie, directement ou indirectement à toute maladie, blessure ou affection médicale (autre qu'une affection mineure) qui n'était pas stable au cours des 90 jours précédant la date de départ.

La prestation annuelle maximale payable pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province est de 2 000 000 \$ à vie, par assuré. Dans le cas de l'annulation et interruption de voyage, la prestation est de 5 000 \$ par voyage, par assuré.

Assurance frais médicaux

Assurance médicaments incluse (assurance voyage incluse)

Assurance vie incluse

Franchise et pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés conformément aux pourcentages suivants :

Option 3	
Franchise	100 \$ par année civile - individuelle 200 \$ par année civile - couple, monoparentale ou familiale Applicable aux médicaments et aux frais médicaux à l'exclusion des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province
Pourcentage de remboursement	75 % du prix le plus bas lors de médicaments 100 % des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province 75 % pour tous les autres frais
Services paramédicaux	Maximum remboursable combiné de 800 \$ par année civile et de 50 \$ par visite
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Option 4	
Franchise	750 \$ par année civile – individuelle, couple, monoparentale ou familiale Applicable aux médicaments et aux frais médicaux à l'exclusion des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province
Pourcentage de remboursement	100 % du prix le plus bas lors de médicaments 100 % des frais hospitaliers et des frais engagés à l'extérieur de la province 100 % pour tous les autres frais
Services paramédicaux	Maximum remboursable combiné de 600 \$ par année civile et de 50 \$ par visite
Mode de paiement	Carte de paiement direct

Voici un aperçu des frais remboursables au titre de la couverture. Ces frais sont sujets à la franchise et à la coassurance.

Frais	Maximum
Accident aux dents naturelles	Illimité
Ambulance	Illimité (aérien : 1 000 \$)
Appareils auditifs	500 \$ par période de 36 mois
Bas de soutien	2 paires
Examen de la vue	50 \$ par période de 24 mois
Frais de location (divers)	Illimité
Glucomètre	700 \$ à vie
Hospitalisation (semi-privée)	100 \$ par jour, maximum de 60 jours
Hôpital de convalescence (semi-privée)	20 \$ par jour, maximum de 60 jours
Prothèse capillaire	500 \$ à vie
Prothèse mammaire, incluant soutiens-gorge chirurgicaux	200 \$
Radio et analyses de laboratoire	500 \$
Services paramédicaux	Maximum remboursable combiné par année civile : acupuncteur, chiropraticien, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe physiothérapeute, podiatre et psychologue
Soins infirmiers	5 000 \$
Souliers orthopédiques et orthèses	300 \$

À moins d'indications contraires, les montants remboursables sont par année civile et par assuré.

Assurance soins dentaires

Vous devez être assuré en vertu de l'assurance frais médicaux afin de pouvoir souscrire cette couverture.

L'assuré doit adhérer pour un minimum de deux ans. Si la couverture est annulée, l'assuré devra attendre une période de deux ans avant de pouvoir la réintégrer.

Franchise

Les frais admissibles engagés à l'égard de soins dentaires ne sont pas assujettis à une franchise.

Pourcentage de remboursement

Les frais admissibles sont remboursés dans une proportion de 80 %. Les prestations payables sont basées sur les honoraires proposés dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec¹.

Les frais admissibles par personne sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum annuel de 750 \$ pendant la première année, de 1 000 \$ pendant la deuxième année et de 1 500 \$ pour les années subséquentes.

¹ Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publiés par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ).

Frais admissibles

Voici un aperçu des frais remboursables au titre de la couverture. Ces frais sont sujets à la coassurance.

Soins de base Diagnostic, prévention, restauration mineure, extraction, médicament	<ul style="list-style-type: none">• Examen buccal ou de rappel : une fois à intervalle de 9 mois• Radiographies : une fois à intervalle de 9 mois• Détartrage : une fois à intervalle de 9 mois• Extractions• Rebasage et garnissage de prothèses amovibles : une fois à intervalle 9 mois• Obturations• Antibiotiques en relation avec un acte buccodentaire
Endodontie, périodontie, chirurgie, anesthésie générale	<ul style="list-style-type: none">• Traitement de canal• Immobilisation de dents ébranlées lors de traumatisme• Traitement des gencives et des tissus de soutien• Curetage gingival ; aplanissement des racines• Chirurgie buccale ; fractures et luxations ; soins postopératoires• Anesthésie générale lors d'une chirurgie buccale

Assurance maladies graves (incluse dans les options 1, 2, 3 et 4)

Montant de la couverture

6000 \$ inclus à l'intérieur de chacune des options et ce, sans déclaration d'assurabilité. Garantie offerte à l'adhérent seulement.

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si, avant l'âge de 65 ans, vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale.

Pourquoi l'assurance maladies graves ?

Les gens vivent plus longtemps de nos jours, grâce à un mode de vie plus sain et aux progrès récents en médecine.

Bien qu'un plus grand nombre de personnes échappent maintenant aux maladies qui autrefois étaient souvent mortelles, un nombre inquiétant de canadiens et canadiennes seront atteints d'une maladie grave au cours de leur vie.

Selon les statistiques :

- 1 canadien sur 2 souffrira d'une forme quelconque de maladie du cœur ;
- 1 canadien sur 3 sera atteint d'un cancer constituant un danger de mort ;
- 1 canadien sur 4 souffrira d'insuffisance rénale ;
- 1 canadien sur 20 risque de subir un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 70 ans ;
- 1 sur 500 est le taux d'incidence de sclérose en plaques.

Source : Fondation des maladies du cœur, Société canadienne du cancer et Statistique Canada.

Solution

L'assurance maladies graves a été mise au point pour répondre à ces besoins et alléger ainsi le stress et le fardeau financier qui accompagnent souvent un diagnostic de maladie grave.

6 000 \$		
Maladies graves couvertes		
<ul style="list-style-type: none">• Accident vasculaire cérébral• Brûlures graves• Cancer (danger de mort)• Chirurgie de l'aorte• Coma• Crise cardiaque	<ul style="list-style-type: none">• Greffe d'un organe vital• Insuffisance rénale• Liste d'attente (transplantation d'organe vital)• Maladie d'Alzheimer• Maladie de Parkinson	<ul style="list-style-type: none">• Maladies du motoneurone• Pontage aorto-coronarien• Remplacement de valve• Sclérose en plaques• Tumeur cérébrale bénigne

Exclusions et limites

Aucune prestation n'est payable pour une invalidité, une maladie, une blessure ou un accident survenus lors d'une infraction criminelle à laquelle l'assuré prenait part, peu importe qu'on ait ou non porté un chef d'accusation contre celui-ci ou qu'il ait ou non été trouvé coupable.

Aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable pour une condition causée, directement ou indirectement, en tout ou en partie, par l'une des causes suivantes :

- Une blessure ou une maladie que l'assuré s'est infligée lui-même, qu'il ait été sain d'esprit ou non
- Une chirurgie ou tout autre traitement qui est de nature expérimentale ou principalement esthétique
- Une insurrection, une guerre (déclarée ou non) un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire
- La conduite d'un véhicule à moteur alors que le taux d'alcool dans le sang de l'assuré est supérieur à la limite permise par la loi
- La participation de l'adhérent à un acte criminel ou à une tentative de commettre un acte criminel

Conditions préexistantes

On entend par condition préexistante toute maladie pour laquelle, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la protection des maladies graves, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge a reçu une prescription pour des médicaments, ou pour laquelle il a reçu un traitement médical, une consultation, des soins ou des services d'un médecin, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui entraîne le diagnostic ou le traitement d'une maladie grave telle que définie à la disposition du contrat, Maladies assurées.

Les prestations pour maladies graves ne sont pas payables par suite d'une condition préexistante à moins que la maladie grave ne survienne qu'après 24 mois consécutifs de protection.

Assurance invalidité de longue durée

(Joindre votre déclaration d'assurabilité remplie et une copie de votre dernière déclaration de revenu pour cette option.)

Montant de la couverture

Vous pouvez souscrire l'assurance par tranche de 100 \$, sous réserve d'un maximum de 6 000 \$. Le montant de couverture que vous pouvez demander est en fonction de votre revenu gagné annuel net.

	ILD
Revenu imposable minimum annuel en tant que physiothérapeute afin d'être admissible à cette garantie	40 000 \$
Garantie minimale	n/a
Montant maximum d'assurance	6 000 \$
% salaire net	66,67 % du premier 3 750 \$ du revenu de profession assurable mensuel et 50 % de la balance
Délai de carence	90 jours
Durée maximale de la garantie	Moins de 55 ans : jusqu'à 65 ans 55 à 57 ans = paiement 5 ans 58 ans = paiement 4 ans 59 ans = paiement 3 ans 60 à 61 ans = paiement 2 ans 62 à 64 ans = paiement 1 an

Le revenu de profession assurable est défini comme : la moyenne des 2 dernières années des revenus réels nets directs et indirects et déclarés au gouvernement en tant que physiothérapeute. Lorsqu'un montant d'assurance est approuvé, il doit être revalidé avec les preuves de revenus nécessaires (T1 ou autres documents officiels demandés) pour la période de 2 ans précédant l'invalidité ou le décès afin que le montant consenti n'excède pas le taux visé de remplacement de revenu net déclaré.

Par exemple, un assuré approuvé pour un montant d'assurance invalidité de 3 000 \$ par mois lors de la sélection médicale ayant un « salaire » ne justifiant que 2 500 \$ au moment d'une réclamation, sera seulement éligible pour une prestation de 2 500 \$ pour cette période d'indemnisation d'invalidité. L'assuré conserve tout de même le droit d'être assuré pour un montant allant jusqu'à 3 000 \$ pour des demandes ultérieures, si ses revenus le justifient lors d'une nouvelle demande de prestation, mais recevra des prestations pour le moindre entre le montant approuvé à la sélection et le salaire éligible lors de la réclamation.

L'invalidité totale ou être totalement invalide est l'état d'incapacité continue résultant d'une maladie ou d'un accident et pour lequel l'adhérent est sous les soins continus d'un médecin et se soumet aux traitements recommandés ou approuvés par ce médecin. Au cours du délai de carence et des 24 mois suivants, cet état doit empêcher l'adhérent d'exercer les tâches essentielles de son emploi. Par la suite, cet état doit empêcher l'adhérent d'exercer les tâches essentielles de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié ou peut raisonnablement devenir qualifié en raison de son éducation, son expérience et sa formation. La disponibilité de cet emploi n'est pas un critère dont tient compte l'assureur.

**De plus, toute invalidité résultant des conditions suivantes est sujet à une durée maximale de prestations de 24 mois :

- un lumbago ou une lombalgie dont l'existence ne peut être attestée subjectivement que par la seule présence de douleurs ressenties par l'assuré.
- une maladie mentale ou des troubles nerveux incluant l'anxiété, la dépression, les troubles émotifs et les troubles de comportement.

Admissibilité à la garantie

L'invalidité totale ou être totalement invalide est l'état d'incapacité continue résultant d'une maladie ou d'un accident et pour lequel l'adhérent est sous les soins continus d'un médecin et se soumet aux traitements recommandés ou approuvés par ce médecin. La disponibilité de cet emploi n'est pas un critère dont tient compte l'assureur.

Intégration des prestations

Les prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie sont réduites des montants suivants, ajustés sur base mensuelle :

- toutes prestations initiales de retraite ou de rente d'invalidité payables en vertu du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec (excluant les rentes du conjoint et des enfants du cotisant invalide); et
- toutes prestations payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail, d'une loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi équivalente.

De plus, les prestations mensuelles d'un employé assuré, totalement invalide, sont réduites de sorte que le total de la rente et du revenu des autres sources ne dépasse pas les montants suivants :

1. 85 % du salaire mensuel net de l'adhérent lorsque les prestations mensuelles ne sont pas imposables.
2. 85 % du salaire assuré mensuel de l'adhérent lorsque les prestations mensuelles sont imposables.

Les autres sources de revenu sont les suivantes :

- toute rémunération directe ou indirecte dérivée du courtage hypothécaire;
- tout revenu reçu en vertu d'un régime d'assurance collective;
- tout revenu reçu en vertu d'un régime de retraite;
- tout revenu reçu d'un organisme gouvernemental.

Conditions préexistantes

Lorsque l'invalidité totale survient dans les 12 mois à compter de la date à laquelle l'adhérent est devenu assuré sous la présente garantie ou une garantie comparable d'un autre contrat, aucune prestation n'est payable sous la présente garantie si dans les douze mois précédant son entrée en vigueur ou celle de la garantie comparable, selon le cas, l'adhérent a :

- a) consulté un professionnel de la santé;
- b) reçu des soins médicaux; ou
- c) pris des médicaments prescrits par un médecin.

pour tout symptôme, condition ou maladie, quel que soit le diagnostic, lié à la maladie causant l'invalidité et pour laquelle des prestations sont réclamées sous la présente garantie.

Caractéristiques

Avec l'appui de son médecin et l'approbation de l'assureur et de l'employeur, l'employé invalide peut être demandé de participer à une activité de réadaptation.

L'assureur renonce, à l'égard d'un adhérent totalement invalide, à percevoir toute prime future pour cette garantie au cours de la période pendant laquelle celui-ci a droit à des prestations en vertu de cette garantie.



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
3107, avenue des Hôtels, Québec (Québec) G1W 4W5
Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

medicassurance.ca