

Fédération Québécoise des Massothérapeutes

TOUS POUR UN INC.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE	MAXIMUM PAYABLE		
ASSURANCE-VIE ADHÉRENT	1 x le revenu annuel arrondi au 1 000 \$ suivant		
	AGE	HOMME	FEMME
	0 - 29	\$0,18	\$0,18
	30 - 34	\$0,18	\$0,18
	35 - 39	\$0,22	\$0,18
	40 - 44	\$0,33	\$0,18
TAUX PAR CATÉGORIE D'ÂGE ET PAR 1000 \$	45 - 49	\$0,55	\$0,30
	50 - 54	\$0,92	\$0,48
	55 - 59	\$1,60	\$0,80
	60 - 64	\$2,30	\$1,15
Décès - mutilation par accident	1 x le revenu annuel arrondi au 1 000 \$ suivant (en plus de l'assurance-vie)		
Assurance-vie - Personnes à charge	Conjoint	5 000 \$	
	Enfant(s) Si entre 21-25 ans, doit être étudiant à temps plein	2 500 \$	
	Décès / mutilation par accident	Non couvert	
Assurance salaire de <i>courte</i> durée	N / A		Non couvert
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	Indexation 0%	Pourcentage de remboursement	66.67 % du premier 2000 \$ 50% du 2000 \$ suivant et 40% de l'excédent
	Délai de carence accident ou maladie	119 jours	
	Maximum avec preuve	3 500 \$	
	Période d'indemnisation :	jusqu'à 65 ans	

Fédération Québécoise des Massothérapeutes

TOUS POUR UN INC.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)	AGE	HOMME		FEMME	
	0 - 29		\$0,50		\$0,68
30 - 34		\$0,70		\$0,95	
35 - 39		\$0,98		\$1,50	
40 - 44		\$1,59		\$2,02	
TAUX PAR CATÉGORIE D'ÂGE ET PAR 100 \$	45 - 49		\$2,86		\$3,87
	50 - 54		\$5,35		\$5,85
	55 - 59		\$7,95		\$8,79
	60 - 64		\$6,77		\$7,32
ASSURANCE-VIE FACULTATIVE	Par tranche de 5 000\$ - Maximum <i>avec</i> preuve : 150 000 \$			Sur demande	
	AGE	HOMME		FEMME	
		FUMEUR / NON FUMEUR	FUMEUR / NON FUMEUR	FUMEUR / NON FUMEUR	FUMEUR / NON FUMEUR
	0 - 29	.18	.18	.18	.18
	30 - 34	.18	.18	.18	.18
	35 - 39	.23	.18	.18	.18
	40 - 44	.35	.19	.26	.18
	45 - 49	.67	.32	.45	.27
	50 - 54	1.02	.54	.64	.43
	55 - 59	1.64	.88	1.06	.69
60 - 64	2.34	1.38	1.19	.88	

Fédération Québécoise des Massothérapeutes

TOUS POUR UN INC.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Soins hospitaliers et hors Canada	Genre de protection	Montant admissible	Maximum payable
	Hôpital au Canada	100% / Semi-privée	Illimité
	Maison de convalescence	100% / Semi-privée	120 jours
	Assurance voyage et assistance	100% / Illimité	1 000 000 \$
	Soins infirmiers	100% / 200 \$ par jour	4 000 \$
Assurance-médicaments	Utilisation de la carte <i>Assure</i> : Carte d'accès direct aux pharmacies	Remboursement : 80 %	Illimité
SOINS PARAMÉDICAUX	Spécialistes	Montant admissible	Maximum payable
	Acupuncteur	Frais non couverts	N / A
	Audiologiste	100% / 25\$ par visite	20 visites
	Chiropraticien (radiographies 25\$/an)	100% / 25 \$ par visite	20 visites
	Diététiste	Frais non couverts	N / A
	Ergothérapeute	100% / 25 \$ par visite	20 visites
	Homéopathe	Frais non couverts	N / A
	Massothérapeute	Frais non couverts	N / A
	Naturopathe	Frais non couverts	N / A
	Orthophoniste	100% / 25\$ par visite	20 visites
	Ostéopathe	100% / 25 \$ par visite	20 visites
	Physiothérapeute	100% / 25 \$ par visite	20 visites
	Podiatre	100% / 25 \$ par visite	20 visites
	Psychiatre / Psychologue	50% / Illimité	500 \$ par an
Optométriste / Ophtalmologiste	100% / 35\$	24 mois	

Fédération Québécoise des Massothérapeutes

TOUS POUR UN INC.

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DE LA SANTÉ	Catégories	Montant admissible	Maximum payable
AUTRES FRAIS	Accident aux dents naturelles (maximum par accident)	100% / 1000 \$	1 000 \$
	Ambulance	100% / Illimité	10 000 \$
	Garantie de transport familial	100%	1 000 \$
	Analyses de laboratoire	100% / Illimité	300 \$
	Radiographies / électrocardiogramme	100% / Illimité	300 \$
	Appareils orthopédiques	100% / Illimité	500 \$
	Bas de contention	100%	100 \$
	Chaussures orthopédiques	100%	100 \$
	Orthèses podiatriques	100%	100 \$
	Frais complémentaires (location)	100% / Illimité	Illimité
	Glucomètre	Frais non couverts	N/A
	Injections sclérosantes	100 % / 10\$ par visite	Illimité
Franchise individuelle et familiale : 50 \$	Prothèse capillaire maximum viager	100%	300 \$
	Prothèses	100% / Illimité	Illimité
	Prothèses auditives	100% / 48 mois	300 \$
	Prothèses mammaires	100% / 24 mois	200 \$
	Soins de la vue (lunettes)	Frais non couverts	N/A
	Soins de la vue (lentilles)	Frais non couverts	N/A
	Stérilets	100 % / 24 mois consécutifs	75 \$
SOINS DENTAIRES (facultatif)	Maximum global par personne par année	Montant admissible	Maximum payable
	1 000 \$		50% la première année pour les nouveaux adhérents
	Frais orthodontie (non couverts)		
	Soins de base : diagnostic / prévention	80%	80%
	Restauration mineure	80%	80%
Franchise individuelle et familiale : 50 \$	Chirurgie buccale ablation	80%	80%
	Endodontie	80%	80%