

Contrat Y9999

En vigueur le 1^{er} janvier 2026

Personnel d'encadrement des secteurs
public et parapublic du Québec

Régime d'assurance collective



beneva

Le Comité paritaire intersectoriel des assurances (CPI), en collaboration avec Beneva, a le plaisir de vous présenter cette brochure qui décrit l'essentiel des garanties dont vous font bénéficier les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec.

Vous trouverez dans cette brochure deux sections distinctes. La première décrit sommairement les régimes autoassurés par le gouvernement du Québec qui font partie de vos conditions de travail. La deuxième décrit les régimes d'assurance collective, souscrits auprès de Beneva, qui complètent les régimes autoassurés par le gouvernement du Québec.

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit et à contacter le service des ressources humaines de votre employeur pour toute question relative à vos assurances.

Nous désirons vous signaler que ce document a été rédigé pour fins d'information et n'a aucune valeur contractuelle. Ainsi, seuls les contrats d'assurance peuvent servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Vous trouverez à la fin du présent document la composition du CPI ainsi que ses coordonnées.

Dans le présent document, l'utilisation de la forme masculine ne sert qu'à alléger le texte et n'a aucune intention discriminatoire.

Veuillez noter que, dans cette brochure, le nom Beneva désigne Beneva inc.

This booklet is available in English.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	i
LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :.....	1
i- Le régime uniforme d'assurance vie.....	1
ii- Le régime de rentes de survivants.....	1
iii- Le régime d'assurance salaire de courte durée	3
LES RÉGIMES ASSURÉS PAR BENEVA.....	5
1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS.....	5
1.1 Admissibilité	5
1.2 Participation à l'assurance.....	5
1.3 Exemption et terminaison du droit d'exemption.....	7
1.4 Personne adhérente	7
1.5 Personnes assurées	7
1.6 Bénéficiaire	8
1.7 Statut de protection individuel, monoparental ou familial.....	9
1.8 Changement de statut de protection	9
1.9 Statut de fumeur/non-fumeur	10
1.10 Traitement.....	10
1.11 Poursuite de l'assurance sans paiement de primes et exonération	10
1.12 Absence temporaire du travail.....	11
1.13 Congé sabbatique à traitement différé	14
1.14 Mesures de fin d'engagement, d'emploi ou de contrat, de réduction des surplus ou de mise en disponibilité, de préretraite (totale ou graduelle) ou de retraite progressive.....	14
1.15 Fin de l'assurance	15
1.16 Prolongation et droit de transformation.....	15
1.17 Droit au paiement anticipé - régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel).....	17
1.18 Dispositions en vigueur lors d'une invalidité	17
1.19 Monnaie	17
2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	18
2.1 Frais hospitaliers (remboursés à 100 %).....	18
2.2 Frais de médicaments et paramédicaux (remboursés à 75 % ou 100 % s'il y a lieu).....	19
2.3 Exclusions	27
2.4 Coordination	28
3- DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	29
3.1 Définitions.....	29
3.2 Assurance voyage (remboursés à 100 %).....	30
3.3 Services d'assistance voyage.....	33

3.4	Assurance annulation voyage (remboursés à 100 %)	34
3.5	Exclusions, limitations et coordination	38
4-	LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE	43
4.1	Assurance vie de la personne adhérente	43
4.2	Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	43
4.3	Assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge	43
4.4	Exclusion en cas de mutilation accidentelle	43
5-	LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE	44
5.1	Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	44
5.2	Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	44
5.3	Exclusion	44
6-	LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	45
6.1	Montant de la rente	45
6.2	Délai de carence	45
6.3	Durée des prestations	45
6.4	Coordination de la rente	45
6.5	Cotisation au régime de retraite	46
6.6	Définition d'invalidité totale	46
6.7	Période d'invalidité totale (après 104 semaines)	46
6.8	Indexation	46
6.9	Programme de réadaptation	47
6.10	Cessation des prestations	47
6.11	Droit d'appel	47
6.12	Exclusions	48
7-	LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	49
7.1	Admissibilité aux prestations	49
7.2	Prestations	49
7.3	Versement des prestations	50
7.4	Cessation des prestations	50
7.5	Cotisation au régime de retraite	50
7.6	Prime du régime de rentes de survivants	50
7.7	Prestations d'assurance vie et rentes de survivants	51
7.8	Exclusion	51
8-	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS	52
8.1	Frais hospitaliers	52
8.2	Frais de médicaments	52
8.3	Autres frais d'assurance accident maladie	53
8.4	Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile	55

8.5	Assurance voyage et assurance annulation voyage.....	55
8.6	Assurance vie et mutilation accidentelle de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge.....	56
8.7	Assurance salaire de longue durée	56
8.8	Avis concernant la protection des renseignements personnels	56
9-	RÉGIMES D'ASSURANCE DES RETRAITÉS	58
9.1	Personne admissible.....	58
9.2	Régimes offerts.....	58
9.3	Délai d'adhésion.....	58
10-	SERVICES INTERNET BENEVA	60
10.1	Espace client.....	60
10.2	Application Beneva	60
11-	CONSEILS D'AMI.....	61

SOMMAIRE DES GARANTIES

Coûts usuels et raisonnables : pour être admissibles, les frais engagés pour des services ou fournitures doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE			
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée Si vous planifiez voyager plus de 182 jours par année, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent.	OUI	100 %
Assurance annulation voyage	Remboursement maximum 5 000 \$ / voyage / personne assurée, avec justification reconnue par Beneva	S.O.	
Frais hospitaliers au Québec	Chambre semi-privée sans limite de jours	NON	
Frais médicaux non dispensés au Québec	Trois (3) fois le montant payé par la RAMQ *	Préautorisation de la RAMQ	
Frais hospitaliers non dispensés au Québec	Une (1) fois le montant payé par la RAMQ *	Préautorisation de la RAMQ	
Frais de transport et d'hébergement hors Québec	Remboursement maximum de 5 000 \$ / année civile / personne assurée	Préautorisation de la RAMQ	

* Régie de l'assurance maladie du Québec

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Médicaments et services pharmaceutiques admissibles	Médicaments disponibles uniquement sur prescription Substitution générique obligatoire	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Soins à domicile : - Soins infirmiers - Frais de transport	Dans les 30 jours d'une hospitalisation Frais admissibles de 60 \$ / jour / personne assurée Frais admissibles de 30 \$ / déplacement maximum de 3 déplacements / semaine / personne assurée	OUI OUI	
- Maison de convalescence - Aide à domicile - Frais de garde d'enfants	Frais admissibles de 125 \$ / jour / personne assurée Frais admissibles de 60 \$ / jour / personne assurée Frais excédentaires admissibles de 25 \$ / jour / enfant	OUI OUI OUI	
Fauteuil roulant - lit d'hôpital	Usage temporaire seulement	OUI	
Membres artificiels ou prothèses externes	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Prothèse capillaire (à la suite d'une chimiothérapie)	Remboursement maximum d'une (1) prothèse / 48 mois consécutifs / personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 500 \$	OUI	
Lentilles intraoculaires	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Prothèse mammaire (à la suite d'une mastectomie)	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Soutien-gorge postopératoire (à la suite d'une mastectomie ou d'une réduction mammaire)	Coûts usuels et raisonnables : Remboursement maximum de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie / personne assurée	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Coûts usuels et raisonnables	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Glucomètre	Frais admissibles de 300 \$ / 36 mois consécutifs / personne assurée	OUI	
Appareils thérapeutiques	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Pompe à insuline	Achat et réparation de pompe : Remboursement maximum de 7 500 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée Articles nécessaires à l'utilisation de la pompe : Remboursement maximum de 4 000 \$ / année civile / personne assurée	OUI	
Neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée	OUI	
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	1 appareil / 60 mois consécutifs / personne assurée	OUI	
Appareils auditifs	Frais admissibles de 1 000 \$ / 48 mois consécutifs / personne assurée	NON	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Infirmier	Coûts usuels et raisonnables	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Chirurgie esthétique	À la suite d'un accident	OUI	
Bas de contention	De 21 mm de Hg ou plus, trois (3) paires / année civile / personne assurée	OUI	
Injectons sclérosantes	Substance : Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / personne assurée Honoraires professionnels : Frais admissibles de 25 \$ / traitement / jour / personne assurée	NON	
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	NON	
Ambulance	Coûts usuels et raisonnables	NON	
Vaccins curatifs et préventifs	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / personne assurée	NON	
Transport et hébergement au Québec	Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / personne assurée	OUI	
Cure de désintoxication	Frais admissibles de 50 \$ / jour, maximum 30 jours / année civile / personne assurée, dans un établissement reconnu	OUI	
Optométriste ou ophtalmologiste	Remboursement maximum de 50 \$ / 24 mois consécutifs / personne assurée	NON	

RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE – Honoraires professionnels			
Regroupement	Frais admissibles par traitement	Remboursement maximum par année civile, par personne assurée et par regroupement	Pourcentage de remboursement
Diététiste	30 \$	500 \$	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Naturopathe	30 \$	600 \$	
Homéopathe	30 \$		
Phytothérapeute	30 \$		
Acupuncteur	30 \$	600 \$	
Ostéopathe	30 \$		
Kinésiologue	30 \$		
Kinésithérapeute	30 \$		
Orthothérapeute	30 \$		
Massothérapeute	30 \$		
Chiropraticien*	30 \$	500 \$	
Physiothérapeute, Thérapeute en réadaptation physique, Thérapeute du sport agréé	40 \$	Illimité	
Audiologiste	60 \$	500 \$	
Audioprothésiste	40 \$		
Ergothérapeute	40 \$	500 \$	
Orthophoniste	60 \$	600 \$	
Podiatre**	40 \$	500 \$	
Psychiatre, Psychanalyste, Psychologue, Psychothérapeute Travailleur social Thérapeute conjugal et familial Conseiller en orientation	Coûts usuels et raisonnables	1 000 \$	

Aucune prescription médicale n'est requise pour le remboursement des frais des professionnels indiqués dans le tableau ci-dessus.

* Les frais pour les radiographies effectuées par un chiropraticien sont limités à 50 \$/ année civile et sont assujettis au remboursement maximum par année civile, par personne assurée.

**Les frais pour les radiographies effectuées par un podiatre sont limités à 50 \$/ année civile et sont assujettis au remboursement maximum par année civile, par personne assurée.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE
- Assurance vie de base de la personne adhérente : 50 % du traitement - Assurance vie de la personne conjointe : 17 200 \$ - Assurance vie des enfants à charge : 5 000 \$ / enfant - Assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE ET DE LA PERSONNE CONJOINTE
- Assurance vie additionnelle de la personne adhérente : 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel - Assurance vie additionnelle de la personne conjointe : Par tranches de 10 000 \$, maximum 100 000 \$ <i>Des preuves d'assurabilité peuvent être exigées selon ce qui est prévu à la section 5 de la présente brochure</i>
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE
65 % du traitement mensuel brut à compter de la 105 ^e semaine d'invalidité totale
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)
Prestations complémentaires en lien avec le programme de réadaptation en complément du traitement provenant d'un emploi de réadaptation

Voir le texte de la brochure pour tous les détails relatifs à chacune des garanties et pour les exclusions ou limitations.

LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :

- **LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE**
- **LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS**
- **LE RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE**

Ces régimes sont assumés par le gouvernement du Québec et sont accordés au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec. Vous n'avez aucune prime à payer.

Nous désirons vous signaler que ce document a été rédigé pour fins d'information seulement et n'a aucune valeur légale. Seuls les textes adoptés par les autorités compétentes servent à déterminer notamment les modalités d'application et les garanties de ces régimes et à trancher, le cas échéant, tout litige relatif à ces régimes.

Pour toute information additionnelle, vous devez communiquer avec votre employeur.

I- LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE

A- Garantie

Le personnel d'encadrement profite d'une assurance vie de 6 400 \$ payable aux légataires désignés dans un testament ou, à défaut, aux héritiers qui répondent à la définition du Code civil. Ce montant est réduit à 3 200 \$ pour les personnes adhérentes à temps partiel.

B- Demande de prestations au décès

Pour obtenir le paiement du montant de la protection assumée par le gouvernement du Québec, les héritiers doivent compléter le formulaire *Demande de prestations de survivant* qu'ils peuvent obtenir de votre employeur ou de Retraite Québec. Le formulaire doit être envoyé à :

Retraite Québec
Case Postale 5500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0G9

II- LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS

Les rentes de survivants sont payables mensuellement à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel survient le décès d'une personne adhérente ayant une personne conjointe ou des enfants à charge.

A- Rente de la personne conjointe

Cette rente est payable à la personne conjointe tel que défini dans *la section 1 - Renseignements généraux* jusqu'à son décès.

- La personne conjointe auquel on réfère pour la rente de survivants est la personne conjointe qui a été déclarée à Beneva par la personne adhérente. Pour toute modification de la déclaration, la personne adhérente doit en faire la demande à Beneva par l'intermédiaire de son employeur.

Le montant initial de cette rente est égal à 40 % du traitement mensuel de la personne adhérente et est réduit du montant initial de la rente similaire payée en vertu du Régime de rentes du Québec.

B- Rente d'enfants à charge

Cette rente est payable aux enfants à charge tels que définis dans *la section 1 - Renseignements généraux* ou à leur tuteur.

Lorsqu'une rente de personne conjointe est payable, le montant initial de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour l'ensemble des enfants à charge.

Lorsqu'il n'y a pas de personne conjointe ou lorsque la personne conjointe qui recevait une rente décède, le montant initial de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour le premier enfant à charge et à 10 % du même traitement pour chaque autre enfant à charge.

Cependant, le montant initial des rentes payables à la personne conjointe et aux enfants à charge ne peut jamais dépasser 55 % du traitement mensuel de la personne adhérente au moment de son décès.

C- Traitement servant au calcul de la rente

Ces rentes sont basées sur le traitement mensuel de la personne adhérente au moment de son décès et le cas échéant, sur la prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée (RCO).

Dans le cas d'une personne adhérente totalement invalide lors de son décès, les rentes sont calculées en fonction du traitement servant de base au calcul de la prestation d'assurance salaire de courte durée, ou si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, en fonction de son traitement assurable servant de base au calcul des prestations d'assurance salaire de longue durée.

D- Demande de rentes de survivants

Toute demande de paiement de rentes de survivants doit être transmise par écrit à Beneva.

E- Exemption

La personne adhérente qui n'a ni personne conjointe ni enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucune prestation ne sera payable en vertu du régime de rentes de survivants, peut être exemptée de participer à ce régime pendant les périodes suivantes :

- 1- absence sans traitement et congé sans traitement de plus de 30 jours; ou
- 2- période non travaillée lors d'un congé partiel sans traitement qui s'échelonne sur une période de plus de 30 jours; ou
- 3- période non travaillée dans le cadre d'une entente de réduction du temps de travail; ou
- 4- non-réengagement, résiliation d'engagement ou congédiement contesté par appel.

La personne adhérente doit formuler sa demande d'exemption à son employeur dans les circonstances décrites aux *points 1, 2 et 3* avant le début du congé ou à Beneva dans la circonstance décrite au *point 4*, lorsqu'il fait sa demande de maintien des régimes assurés pour la durée de cet appel.

La personne adhérente doit utiliser, dans les circonstances décrites ci-haut, le formulaire intitulé *Demande d'exemption de participation au régime de rentes de survivants* disponible auprès de son employeur.

III- LE RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Ce régime couvre les 104 premières semaines d'invalidité du personnel d'encadrement. Votre employeur est responsable du versement des prestations de ce régime.

A- Invalidité

Il faut entendre par invalidité totale un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou de complications graves d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend l'employé totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

N'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale, celle qui résulte de maladie ou de blessure, volontairement causée par l'employé lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de service dans les forces armées ou de participation active à une émeute, à une insurrection, à des infractions ou à des actes criminels.

Dans le cas d'alcoolisme et de toxicomanie, est reconnue comme période d'invalidité totale celle pendant laquelle l'employé reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation.

B- Garanties du régime

Première période

Pendant la première semaine d'invalidité totale, la personne adhérente reçoit le traitement auquel elle aurait eu droit si elle avait été au travail.

Deuxième période

À compter de la deuxième semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de 26 semaines du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 80 % du traitement auquel la personne adhérente aurait eu droit si elle avait été au travail.

Troisième période

À compter de la 27^e semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de la 104^e semaine du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 70 % du traitement auquel la personne adhérente aurait eu droit si elle avait été au travail.

- Pour la personne adhérente dont la réadaptation débute au cours des 104 premières semaines d'invalidité, les prestations sont égales à 90 % du traitement de l'employé pour la période de travail prévue dans le plan de réadaptation.

C- Intégration des protections

Le montant des prestations du régime d'assurance salaire de courte durée est réduit des prestations d'invalidité payables en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile*, du Régime de rentes du Québec, de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de tout autre régime de retraite auquel l'employeur contribue.

LES RÉGIMES ASSURÉS PAR BENEVA

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS

1.1 ADMISSIBILITÉ

C'est l'employeur qui détermine, selon les politiques de conditions de travail sectorielles, quels sont les employés admissibles à l'assurance.

Les employés dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine de travail régulière d'un employé à temps complet, de même que ceux qui participent au Régime d'assurance collective des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec ou reçoivent une rente de retraite administrée par Retraite Québec (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)) ne sont pas admissibles au présent régime d'assurance collective.

La participation au régime commence, pourvu que l'employé soit au travail :

- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction pour un employé à temps complet;
- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction pour un employé à temps partiel.

Les délais mentionnés précédemment ne s'appliquent pas dans le cas de toute personne qui occupait déjà une fonction auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic du Québec dans les 30 jours précédant son entrée en fonction.

1.2 PARTICIPATION À L'ASSURANCE

Tout employé admissible participe obligatoirement aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie, d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, il incombe à la personne adhérente de protéger sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour les médicaments. Comme cette garantie se retrouve dans le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection en vertu de ce régime devra refléter l'exigence de la Loi en cette matière.

Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus

Lorsque la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, elle est inscrite automatiquement à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et doit choisir l'une des options suivantes :

- se désengager de la RAMQ et s'assurer entièrement (y compris les médicaments) dans le présent régime d'assurance accident maladie pour lui-même, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle en assumant la surprime requise;
- maintenir son inscription à la RAMQ pour les médicaments pour lui-même, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et conserver les autres garanties d'assurance accident maladie dans le présent régime.

La personne adhérente âgée de 65 ans ou plus qui s'inscrit à la RAMQ présente ses demandes de prestations de médicaments à cet organisme pour en obtenir le remboursement. À ce moment-là, la partie déboursée par la personne assurée est considérée comme un frais admissible en vertu de la clause « médicaments », par Beneva. La décision de s'inscrire à la RAMQ est irrévocable.

La personne adhérente de 65 ans ou plus qui ne s'inscrit pas à la RAMQ voit ses prestations de médicaments remboursées par Beneva. Elle doit en faire la demande par écrit à Beneva et payer la surprime (par période de 14 jours).

À moins d’avis contraire de la part de la personne adhérente, l’assurance médicaments chez Beneva se termine au premier jour de la période de paie suivant le 65^e anniversaire de la personne adhérente.

Personne conjointe atteignant l’âge de 65 ans avant la personne adhérente

La personne conjointe qui atteint l’âge de 65 ans avant la personne adhérente a le choix de maintenir sa protection de médicaments auprès de Beneva ou auprès de la RAMQ.

À moins d’indication contraire, Beneva et la RAMQ considèrent que la personne conjointe qui atteint l’âge de 65 ans est inscrite automatiquement au Régime public d’assurance médicaments. Ainsi, le tableau suivant résume les démarches à effectuer par la personne conjointe pour faire connaître son choix lors de son 65^e anniversaire :

Personne conjointe demeure assurée auprès de Beneva pour les médicaments	Personne conjointe s’assure auprès de la RAMQ pour les médicaments
• L’inscription à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Elle devra donc se désengager de la RAMQ dès son 65^e anniversaire.	• L’inscription à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Aucune démarche particulière à effectuer auprès de la RAMQ.
• La personne adhérente doit informer Beneva de la décision de sa personne conjointe. Beneva maintient pour sa personne conjointe la couverture pour les médicaments et les autres garanties du Régime d’assurance accident maladie.	• Aucune démarche à entreprendre auprès de Beneva. Beneva maintient pour la personne conjointe la couverture pour les autres garanties du régime d’assurance accident maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par la RAMQ, mais admissibles à un remboursement par Beneva. De plus, la partie déboursée par la personne conjointe (franchise et coassurance) exigée par la RAMQ est considérée comme un frais admissible en vertu de la clause médicaments de Beneva.
• La personne adhérente paie la prime familiale du régime obligatoire de base d’assurance accident maladie. • Aucune surprime applicable chez Beneva pour la personne conjointe de 65 ans ou plus.	• La personne adhérente paie la prime familiale du régime obligatoire de base d’assurance accident maladie. • La prime du régime public d’assurance médicaments requise devra être acquittée lors de la production de la déclaration de revenus de la personne conjointe.
• Cette décision est révocable. La personne conjointe peut s’inscrire à la RAMQ en tout temps.	• L’inscription au régime public d’assurance médicaments est irrévocable. La personne conjointe ne pourra plus être assurée par Beneva pour les médicaments couverts par la RAMQ.

Compte tenu que le régime obligatoire de base d’assurance accident maladie ne prévoit pas de surprime pour la personne conjointe de 65 ans ou plus, le choix le plus avantageux pour la personne conjointe est de conserver sa protection de médicaments auprès de Beneva.

1.3 EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION

Une personne adhérente doit faire la preuve qu'elle est protégée en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant une couverture pour les médicaments afin d'être exemptée de participer au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. Cependant, la personne adhérente doit participer aux autres régimes obligatoires (vie et salaire). De plus, la personne adhérente peut participer au régime facultatif d'assurance vie additionnelle.

La personne adhérente qui désire bénéficier de cette disposition doit en faire la demande à Beneva par l'intermédiaire de son employeur. L'exemption prend effet à la date de réception de la demande par l'employeur et la prime est modifiée le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec cette date.

Une personne adhérente exemptée peut participer à nouveau au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie (statut de protection individuel, monoparental ou familial), et ce, sans preuve d'assurabilité à la condition d'en faire la demande à Beneva, par l'intermédiaire de son employeur, dans les **60 jours** qui suivent la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exemptée. L'assurance prend alors effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption et la prime est payable le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec cette date.

Au-delà de ce délai de 60 jours, la protection prend alors effet le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception de la demande par Beneva.

1.4 PERSONNE ADHÉRENTE

Un employé qui est admis à l'assurance et qui paie les cotisations requises.

1.5 PERSONNES ASSURÉES

Les personnes assurées sont la personne adhérente elle-même, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*.

1.5.1 Personne conjointe

Une personne liée à la personne adhérente par suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contractés et reconnus comme valables par les lois du Québec ou par le fait pour la personne adhérente de présenter cette personne publiquement comme sa personne conjointe et de résider en permanence depuis plus d'un (1) an ou immédiatement si un enfant est issu de leur union, avec elle. La dissolution du mariage par divorce ou la nullité du mariage ou la dissolution ou la nullité de l'union civile fait perdre le statut de personne conjointe de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union non légalement contractée.

Lorsque la personne adhérente est légalement liée par un mariage ou une union civile à une personne, elle peut désigner à Beneva une autre personne comme personne conjointe en lieu et place du conjoint légal, à la condition que cette personne réponde à la définition de conjoint de fait prévue à la présente. La désignation de cette personne prend effet à la date de notification à Beneva.

1.5.2 Enfant à charge

Un enfant de la personne adhérente, de sa personne conjointe ou des deux, ainsi qu'un enfant dont la personne adhérente a la garde de droit ou dont elle avait la garde lorsque l'enfant a atteint sa majorité ou qu'elle avait alors adopté de fait, sans personne conjointe, qui dépend de la personne adhérente pour son soutien et est :

- âgé de moins de 18 ans; ou

- âgé de moins de 26 ans, s'il fréquente à temps plein à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu.

La déclaration de fréquentation scolaire doit être faite à Beneva, soit par l'entremise du site Espace client ou par un avis verbal ou écrit, une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour qu'une demande de prestations soit considérée directement en pharmacie. Beneva se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire; ou

- quel que soit son âge, devenu totalement invalide alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

La *Loi sur l'assurance médicaments du Québec* oblige l'un ou l'autre des parents qui a accès à un régime collectif à protéger leurs enfants à charge, et ce, indépendamment du fait, comme dans un cas de divorce, qu'il en ait ou non la garde légale. Si les deux parents sont admissibles à un régime d'assurance collective, ils devront prendre entente entre eux.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux fins du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et du régime obligatoire de base d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à Beneva et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande devra indiquer la date du début du congé sabbatique et sa durée;
- le congé sabbatique ne sera accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge;
- le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la RAMQ, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

1.5.3 Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

Une personne majeure, sans personne conjointe, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) survenue alors qu'elle répondait à la définition d'« enfant à charge » prévue au contrat, ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur le soutien du revenu* et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, domiciliée chez la personne adhérente et sur laquelle la personne adhérente ou sa personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle ne peut être protégée qu'en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.

1.6 BÉNÉFICIAIRE

Personne désignée par la personne adhérente, à qui est versé le capital assuré payable lors du décès de la personne adhérente. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la somme assurée est payable à la succession de la personne adhérente.

Les prestations payables au décès de la personne conjointe ou d'un enfant à charge assurés sont toujours payables à la personne adhérente.

La personne adhérente peut changer de bénéficiaire dans les limites prévues par la loi, par l'entremise du site **Espace client** ou en communiquant par écrit avec le siège social de Beneva.

1.7 STATUT DE PROTECTION INDIVIDUEL, MONOPARENTAL OU FAMILIAL

Le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie doit faire l'objet d'un des choix ci-dessous :

- statut de protection **individuel** (protège la personne adhérente seulement);
- statut de protection **monoparental** (protège la personne adhérente, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle);
- statut de protection **familial** (protège la personne adhérente, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle).

Ce choix est important, car la prime dépend directement du statut de protection choisi. Ce choix n'affecte pas les autres régimes disponibles (telle l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge prévue au régime obligatoire de base d'assurance vie décrit au *point 4* ainsi que le régime de rentes de survivants décrit au *point II*).

1.8 CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION

1.8.1 Augmentation de protection

Il est possible d'augmenter son statut de protection en modifiant sa protection **individuelle** en protection **monoparentale** ou **familiale**, ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **familiale**.

Toute augmentation de statut de protection dans le **régime obligatoire de base d'assurance accident maladie** est soumise aux conditions suivantes :

- a) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental est présentée à l'employeur dans les 60 jours suivant la naissance d'un enfant ou de son adoption ou dans les 60 jours suivant la fin de l'assurance des enfants à charge par un autre régime d'assurance collective procurant des protections similaires :
 - le statut de protection monoparental prend effet rétroactivement à la date de la naissance ou d'adoption ou de la fin de l'assurance.
- b) lorsque la demande pour un statut de protection familial est présentée à l'employeur dans les 60 jours suivant le mariage, la reconnaissance du « conjoint de fait » ou la terminaison de l'assurance de la personne conjointe :
 - le statut de protection familial prend effet rétroactivement à la date de l'événement.
- c) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental ou familial est présentée au-delà du délai mentionné aux paragraphes a) et b) :
 - le statut de protection demandé prend effet à la date de réception de la demande par Beneva et la prime est payable le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception de la demande par Beneva.

Lors de la naissance d'un enfant à charge ou lors de son adoption, celui-ci est assuré automatiquement si la personne adhérente est déjà protégée par un contrat monoparental ou familial.

1.8.2 Réduction de la protection

Il est possible de réduire son statut de protection en modifiant sa protection **familiale** en protection **monoparentale** ou **individuelle**, ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **individuelle**.

Toutefois, en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, la personne adhérente doit protéger sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. Comme cette garantie fait partie du Régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection détenue par la personne adhérente doit être conforme à l'exigence de cette loi en cette matière.

Le statut de protection demandé prend effet à la date de réception de la demande par l'employeur et la prime est payable à compter du 1^{er} jour de la période de paie qui coïncide ou qui suit cette date.

1.8.3 Demande de modification

Pour toute demande de modification de statut de protection, la personne adhérente doit en faire la demande à Beneva par l'intermédiaire de son employeur.

1.9 STATUT DE FUMEUR/NON-FUMEUR

La tarification du régime facultatif d'assurance vie additionnelle prévoit une réduction de primes pour la personne adhérente ou la personne conjointe non-fumeuse protégée par ce régime.

Pour se prévaloir de cette réduction, la personne adhérente doit signer la déclaration prévue à cette fin. Cette déclaration est disponible auprès du service des ressources humaines de l'employeur.

Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de cette protection.

Pour être considéré non-fumeur, il ne faut pas avoir fumé au cours des 12 derniers mois aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigarette électronique (vapoteuse), cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue.

Si la personne adhérente ou sa personne conjointe cesse de remplir les conditions requises, Beneva doit en être avisée afin de corriger le dossier et la prime en conséquence.

Dans tous ces cas, un nouveau certificat est émis confirmant le statut de fumeur ou non-fumeur.

1.10 TRAITEMENT

Le traitement est celui déterminé selon les conditions de travail aux fins des régimes d'assurance.

En cas d'invalidité totale, le traitement annuel utilisé pour fins d'assurance est celui qui sert de base au calcul de la prestation du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur. Si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, il s'agit du traitement brut à la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale indexé selon les modalités définies *au point 6.8* de la présente brochure.

1.11 POURSUITE DE L'ASSURANCE SANS PAIEMENT DE PRIMES ET EXONÉRATION

Toute personne adhérente qui devient totalement invalide demeure protégée sans paiement de primes pour les régimes obligatoire et facultatif à compter de sa 2^e semaine d'invalidité et tant que dure son invalidité.

Cependant, toute personne adhérente totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

De plus, la période au cours de laquelle une personne adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CNESST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

1.12 ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

1.12.1 Congé sans traitement ou toute autre absence sans traitement - 30 jours et moins

L'ensemble des protections de la personne adhérente est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à Beneva de la façon habituelle.

1.12.2 Congé sans traitement ou toute autre absence sans traitement à temps plein - Plus de 30 jours

Dans le cas d'un congé sans traitement ou d'une absence sans traitement à temps plein (**y compris la suspension**) d'une durée de plus de 30 jours, la personne adhérente doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. La participation aux autres régimes d'assurance qu'elle détenait est suspendue automatiquement. Elle peut, si elle le désire, maintenir sa participation à ceux-ci, **la totalité des primes (part employé et part employeur)** selon le traitement qu'elle recevait immédiatement avant le début de son absence est à sa charge.

Pour la personne adhérente ayant maintenu ses protections, l'invalidité est réputée avoir débuté à la date de la fin du congé ou de l'absence.

1.12.3 Congé partiel ou toute autre absence partielle sans traitement de plus de 30 jours, y compris, pour le secteur de la fonction publique, la mesure de réduction du temps de travail de plus de 30 jours

La participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie se poursuit comme si la personne adhérente travaillait à temps plein. La personne adhérente et l'employeur assument leur part respective des primes de ce régime.

Relativement aux régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel), d'assurance salaire de longue durée (obligatoire de base et RCO) et de rentes de survivants, la participation à ces régimes se poursuit sur la base du temps travaillé et selon la protection détenue immédiatement avant le congé ou l'entente.

La personne adhérente peut maintenir sa participation à ces régimes sur la base du temps normalement travaillé avant le début du congé ou de l'entente. Dans un tel cas, elle doit assumer la totalité des primes (part employé et part employeur) pour la portion du temps non travaillé.

1.12.4 Congé de maternité (avec traitement)

L'ensemble des protections est maintenu en vigueur sans paiement de primes de la part de la personne adhérente pendant la période prévue du congé de maternité décrit dans les conditions de travail.

1.12.5 Congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption (avec traitement)

L'ensemble des protections de la personne adhérente est maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à Beneva.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date de la fin du congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption.

1.12.6 Congé parental (sans traitement)

Lors d'un congé parental sans traitement, la participation de la personne adhérente au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'un congé parental sans traitement;

- a) d'une durée maximale de 2 ans qui suit immédiatement le congé de maternité, de paternité ou d'adoption; ou
- b) d'au plus 52 semaines continues qui doit se terminer au plus tard 70 semaines après la naissance ou, dans le cas d'une adoption, dans les 70 semaines où l'enfant a été confié à la personne adhérente;

s'il s'agit d'un congé sans traitement à temps complet, la personne adhérente doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Les primes sont basées sur le traitement que la personne adhérente recevrait si elle était au travail et les pleines dispositions s'appliquent. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié avant le début du congé. Beneva peut refuser toute demande qu'elle reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période de congé. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par la personne adhérente au cours du congé.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que la personne adhérente est assurée au cours d'un congé parental sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin du congé de la personne adhérente.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée du congé.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé parental sans traitement à temps complet, l'employeur et la personne adhérente versent leurs primes respectives.

Dans le cas prévu au paragraphe a), après la 52^e semaine, la personne adhérente verse les deux primes (part employé et part employeur).

s'il s'agit d'un congé partiel sans traitement, la personne adhérente doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps normalement travaillé avant le congé. Les primes sont alors établies sur le traitement que la personne adhérente recevrait si elle était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé partiel sans traitement, l'employeur et la personne adhérente versent leurs primes respectives.

Après la 52^e semaine d'un congé partiel sans traitement, la personne adhérente et l'employeur versent leur part respective des primes, pour les jours travaillés par la personne adhérente, et la personne adhérente verse les deux primes (part employé et part employeur), pour les jours non travaillés;

2. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps travaillé pendant le congé partiel sans traitement. Les primes sont alors établies sur la base du traitement reçu pendant le congé partiel sans traitement. Pendant ce congé, l'employeur et la personne adhérente versent leur part respective de ces dernières primes.

1.12.7 Certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail

Dans le cas de certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la *Loi sur les normes du travail*, la participation de la personne adhérente au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'une absence sans traitement, jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à la *Loi sur les normes du travail*, la personne adhérente doit exercer l'une des options ci-après.

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié au début de l'absence. Beneva peut refuser toute demande qu'elle reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période d'absence. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par la personne adhérente au cours de l'absence.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que la personne adhérente est assurée au cours d'une période d'absence sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin de l'absence de l'employé.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à toute personne adhérente qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point précédent sous réserve du droit d'exemption.

L'employeur et la personne adhérente versent leurs primes respectives basées sur le traitement que la personne adhérente recevrait si elle était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Lorsque la durée de l'absence sans traitement atteint la durée maximale prévue à la *Loi sur les normes du travail*, la personne adhérente verse les deux primes (part employé et part employeur).

1.12.8 Non-réengagement, renvoi et congédiement contestés par appel

La personne adhérente doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. Elle peut, si elle le désire, maintenir sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie en payant elle-même la totalité des primes (part employé et part employeur). La demande de maintien de participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie doit être envoyée à **Beneva dans les 90 jours** suivant l'événement. La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et complémentaire) est suspendue durant la période de contestation.

Relativement aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée, si l'appel est favorable à la personne adhérente et s'il y a réintégration effective de la personne adhérente, les primes de ces régimes sont payables par l'employeur, rétroactivement à la date du non-réengagement, du renvoi ou du congédiement contesté par appel et toute invalidité ayant débuté depuis cette date est alors reconnue.

1.12.9 Demande de maintien de la participation

La personne adhérente qui désire maintenir sa participation doit en faire la demande à son employeur **avant la date du début de l'une des absences ou congés mentionnés**. Dans le cas d'un non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel, voir la clause 1.12.8.

Lors d'un tel maintien, la participation à TOUS les régimes est obligatoire, y compris la rente de survivants pour laquelle la personne adhérente doit également en assumer le coût.

Dans le cas des absences prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, voir la clause 1.12.7.

Cependant, la personne adhérente qui n'a pas de personne conjointe ni d'enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucune prestation ne sera payable en vertu du régime de rentes de survivants peut être exemptée de participer à ce régime pendant les absences temporaires du travail de la présente section selon les modalités déterminées dans les conditions de travail. La personne adhérente doit utiliser le formulaire intitulé *Demande d'exemption de participation au régime de rentes de survivants* disponible auprès de son employeur.

Dans le cas où une personne adhérente **termine** sa participation, cette décision est **irrévocable**.

1.13 CONGÉ SABBATIQUE À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

La protection et la prime de l'ensemble des régimes d'assurance auxquels la personne adhérente participe sont maintenues à la fois durant les périodes d'accumulation du congé et du congé proprement dit, et ce, sur la base du traitement qu'elle aurait reçu n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail.

1.14 MESURES DE FIN D'ENGAGEMENT, D'EMPLOI OU DE CONTRAT, DE RÉDUCTION DES SURPLUS OU DE MISE EN DISPONIBILITÉ, DE PRÉRETRAITE (TOTALE OU GRADUELLE) OU DE RETRAITE PROGRESSIVE

Des règles particulières d'admissibilité et de participation à l'assurance sont applicables lors des situations mentionnées en titre et se terminent à la prise de la retraite ou à la rupture du lien d'emploi.

La personne adhérente doit communiquer avec le service des ressources humaines de son employeur pour connaître tous les détails dans une telle situation.

La règle générale qui encadre l'admissibilité et la participation à l'assurance lors de ces événements est décrite ci-après.

La participation de la personne adhérente au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est maintenue. La personne adhérente paie alors elle-même sa portion des primes, et l'employeur continue d'assumer la sienne. La personne adhérente maintient également sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif additionnel d'assurance vie ainsi qu'au régime de rentes de survivants et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées sur la base du traitement reçu. Dans le cas de la retraite progressive, les primes et les protections de ces régimes sont établies sur la base du traitement reçu avant le début de l'entente.

La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et RCO) cesse à la date du début de l'événement sauf lors d'une préretraite graduelle ou d'une retraite progressive de plus de 104 semaines. Dans ces situations, la participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire (base et RCO) cesse à la 104^e semaine qui précède la date de la retraite définitive. Les primes et les protections sont établies sur la base du traitement reçu.

La personne adhérente qui désire que le traitement utilisé soit celui qu'elle recevait immédiatement avant l'événement peut en faire la demande de la manière prévue au point 1.12.8 de la présente section. **Elle doit alors assumer la totalité de la prime (part employé et part employeur) pour les régimes assurés et pour le régime de rentes de survivants. Cette prime est établie sur la portion du traitement non reçu.**

1.15 FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de toute personne adhérente prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle elle cesse de faire partie du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec, sauf pour la personne adhérente qui maintient sa participation en vertu de ses conditions de travail; dans ce cas, c'est la date à laquelle elle perd son statut d'employé;
- la date de la retraite;
- la date de terminaison du régime;
- la date de cessation du paiement des primes;
- à la fin de la période d'assurance salaire de courte durée de l'employeur (104 semaines), si la personne adhérente devient totalement invalide après l'âge de 63 ans;
- à la cessation des prestations d'assurance salaire de longue durée sauf s'il s'agit d'une cessation due à une préretraite totale.

En plus de ce qui précède, les primes (et par conséquent les protections) des régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et complémentaire) cessent à l'âge de 63 ans.

L'assurance de la personne conjointe, des enfants à charge et d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente;
- la date à laquelle la personne assurée cesse d'être une personne conjointe, un enfant à charge ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- la date de réception par l'employeur de la demande de la personne adhérente signifiant son intention d'être dorénavant protégée selon un statut de protection monoparental ou individuel selon le cas;
- six (6) mois après la date du décès de la personne adhérente (*voir point 1.16.4 ci-après*).

1.16 PROLONGATION ET DROIT DE TRANSFORMATION

Pendant que le contrat est en vigueur, lorsqu'une personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance parce qu'elle quitte son emploi ou prend sa retraite, sa protection au régime d'assurance vie (base et additionnelle) se prolonge pendant une période de 31 jours.

1.16.1 Régime obligatoire de base d'assurance vie de la personne adhérente

Au cours de cette période de 31 jours, il peut obtenir de Beneva, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie, le montant de cette assurance n'excédant pas une (1) fois son traitement annuel s'il s'agit d'une personne adhérente sans personne à charge, ou deux (2) fois son traitement annuel s'il s'agit d'une personne adhérente ayant une personne conjointe ou des enfants à charge. Pour ceux qui sont admissibles au régime des retraités ou à un autre régime d'assurance collective, ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans ce régime. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

1.16.2 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente

Si la personne adhérente participe au régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le montant d'assurance peut être transformé en une protection d'assurance vie individuelle pour un montant équivalent à celui qu'elle détenait avant la terminaison de son assurance.

Pour ce faire, la personne adhérente doit transmettre une demande écrite à Beneva au cours de la période de prolongation de 31 jours.

Le tableau suivant décrit les montants pouvant être obtenus en vertu du droit de transformation :

Droit de transformation (en unité de salaire)		
Montant d'assurance vie	Droit de transformation ⁽¹⁾	
	Sans personne conjointe ou enfants à charge	Avec personne conjointe ou enfants à charge
Base seulement (½ fois)	1 fois	2 fois
Base + vie add. (1 fois)	2 fois	3 fois
Base + vie add. (2 fois)	3 fois	4 fois
Base + vie add. (3 fois)	4 fois	5 fois
Base + vie add. (4 fois)	5 fois	5 fois
Base + vie add. (5 fois)	5 fois	5 fois

⁽¹⁾ Ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans un autre régime collectif (y compris le régime des retraités dont le montant disponible est 1,5 fois le traitement) auquel la personne adhérente est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

1.16.3 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

Le montant d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge prévu au régime obligatoire de base d'assurance vie et le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe peuvent être transformés en une protection d'assurance vie individuelle, et ce, sans preuve d'assurabilité dans le cas où la personne adhérente cesserait d'être admissible au régime.

Toutefois, le montant d'assurance vie pouvant être transformé est réduit du montant maximal d'assurance vie prévu pour cette personne à charge dans un autre régime d'assurance collective auquel la personne adhérente serait devenu admissible au moment où la personne à charge concernée exerce le droit de transformation.

Ce droit préserve l'assurabilité de la personne conjointe et des enfants à charge en autant que la personne assurée présente sa demande de transformation à Beneva dans les 31 jours suivant la cessation de sa participation.

1.16.4 Lors du décès de la personne adhérente détenant un statut de protection familial ou monoparental

La personne conjointe, les enfants à charge de la personne adhérente et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle **continuent de bénéficier des garanties prévues** aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge sans paiement de la prime **pour une période maximale de six (6) mois** débutant à la date du décès de la personne adhérente.

Après cette période de six (6) mois, la personne conjointe et les enfants à charge peuvent se prévaloir du droit de transformation, prévu *au point 1.16.3* pour les montants de protection d'assurance vie. Relativement à la protection d'assurance accident maladie, elle peut être conservée, à l'exception des médicaments, dans un régime distinct qui leur est offert par Beneva sans preuve d'assurabilité et dont la prime est payable directement à Beneva selon les conditions en vigueur au moment de la demande. Cette demande pour le régime d'assurance accident maladie doit être présentée à Beneva dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la période de six (6) mois mentionnée précédemment. Au-delà de ce délai, aucune protection n'est disponible.

Le droit de transformation en assurance accident maladie n'est disponible que si la personne n'est admissible à aucun régime d'assurance collective.

1.17 DROIT AU PAIEMENT ANTICIPÉ - RÉGIMES D'ASSURANCE VIE (OBLIGATOIRE DE BASE ET FACULTATIF ADDITIONNEL)

Lorsque la protection d'une personne adhérente est prolongée sans paiement de primes suivant les dispositions prévues à la clause « Exonération des primes » et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit auprès de Beneva, de recevoir une prestation d'invalidité égale à 25 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de protection prévue au contrat et devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de la personne adhérente.

La personne adhérente qui désire exercer ce droit doit fournir à Beneva les preuves démontrant :

- a) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande; et, s'il y a lieu,
- b) l'acceptation de son bénéficiaire désigné irrévocable ou révocable si celui-ci est autre que « la succession de la personne adhérente ou ses ayants droits ».

Le montant d'assurance payable au décès de la personne adhérente est réduit du montant du paiement anticipé auquel est ajouté l'intérêt calculé selon le taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un (1) an majoré de 2 %. L'intérêt court à compter de la date du versement du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de la personne adhérente.

1.18 DISPOSITIONS EN VIGUEUR LORS D'UNE INVALIDITÉ

Lorsqu'une personne adhérente devient invalide, ce sont les dispositions du contrat en vigueur à la date de survenance de l'invalidité qui sont applicables pour les régimes obligatoires de base d'assurance vie, de base d'assurance salaire de longue durée et complémentaire d'assurance salaire de longue durée (RCO).

Toute modification à ces régimes alors que la personne adhérente est invalide s'applique lorsqu'elle se qualifie à une nouvelle période d'invalidité au régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

Relativement au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, les modifications s'appliquent dès leur date d'entrée en vigueur, et ce, que la personne adhérente soit invalide ou non à cette date.

1.19 MONNAIE

Tous les montants prévus dans la présente brochure sont en monnaie du Canada.

2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

2.1 FRAIS HOSPITALIERS (REMBOURSÉS À 100 %)

2.1.1 Frais hospitaliers au Québec

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 % du coût d'une chambre semi-privée, et ce jusqu'au tarif le plus élevé**, sous réserve de la *Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec*, lorsqu'une personne adhérente engage au Québec, pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse.

La contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée, de même que les frais administratifs demandés par l'hôpital au patient ne sont pas couverts par la présente clause.

2.1.2 Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec

Lorsque des frais médicaux et d'hospitalisation sont engagés pour des soins qui ne peuvent être dispensés au Québec, ces frais en excédent de ceux de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont admissibles dans la mesure où ils sont préautorisés par la RAMQ et conformes aux normes prévues à cet effet par la *Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec*, sous réserve des montants maximums suivants :

- frais médicaux :
trois (3) fois le montant payé, à titre d'honoraires professionnels, par la RAMQ;
- frais hospitaliers :
une (1) fois le montant payé, à titre de frais d'hospitalisation, par la RAMQ.

2.1.3 Frais de transport et d'hébergement pour des soins non dispensés au Québec

Les frais admissibles comprennent les frais de transport et d'hébergement pour des soins préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), mais non dispensés au Québec. Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par personne assurée, par année civile.

Cette garantie est complémentaire à celle pour les frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec.

2.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET PARAMÉDICAUX (REMBOURSÉS À 75 % OU 100 % S'IL Y A LIEU)

Sous réserve de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*, lorsqu'une personne adhérente engage, pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, les frais admissibles de cette section sont remboursés à 75 % pour les premiers 3 000 \$ de frais admissibles et à 100 % pour l'excédent, par certificat et par année civile (excluant les frais hospitaliers, l'assurance voyage et l'assurance annulation voyage). Le terme certificat désigne un statut de protection individuel, monoparental ou familial.

Ces frais sont également admissibles pour des soins non urgents en dehors du Québec. Toutefois, en pareille circonstance, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de ceux qui auraient été remboursés par Beneva s'ils avaient été engagés au Québec.

Notion de frais admissibles et remboursement

Lorsque dans la description d'une garantie, l'expression « frais admissibles » est utilisée, le montant de frais admissibles doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour établir le montant maximum du remboursement.

Relativement au remboursement maximal par année civile, ce montant correspond à la somme de tous les remboursements effectués par Beneva pour les frais engagés du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année.

Exemple : Frais pour traitements de physiothérapie

- a) exemple 1 : facture présentée : 80 \$
Ce montant est ramené au maximum de 40 \$ et est remboursé à 75 %, soit 30 \$.
- b) exemple 2 : facture présentée : 40 \$
Ce montant est remboursé à 75 %, soit 30 \$.

Les frais admissibles mentionnés **aux points 2.2.2 à 2.2.15 inclusivement ainsi qu'aux points 2.2.32 et 2.2.33** doivent être prescrits par un médecin.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par Beneva.

Les services ou fournitures, examens, soins ou frais doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Les frais admissibles sont limités à un (1) seul traitement ou consultation par jour par spécialité (sauf avis contraire) par personne assurée et comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de la personne adhérente ou de ses personnes à charge assurées :

2.2.1 les frais pour des services pharmaceutiques admissibles et pour des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé, conformément à l'article 37 de la *Loi sur la pharmacie*, sur présentation des factures convenablement détaillées et dûment acquittées.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans

la liste RAMQ, ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments.

Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de Beneva.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$.

Les médicaments antitabac couverts par le Régime général d'assurance médicaments sont assujettis à un maximum de remboursement égal au montant fixé et mis à jour annuellement à cet égard par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dans le cas d'une personne assurée de 65 ans ou plus, la contribution du patient (franchise et coassurance) exigée pour une personne assurée couverte sous le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est couverte par la présente clause.

Sont également couverts par la présente clause les stérilets prescrits par un médecin.

Substitution générique obligatoire

Si la personne assurée choisit d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, le remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par Beneva.

Par « médicament innovateur », on entend le médicament breveté dont il existe une copie générique.

Par « médicament générique », on entend la copie d'un médicament dont le brevet est échu et qui contient les mêmes molécules actives que le médicament innovateur (médicament d'origine).

Transfert du cumul des contributions déboursées en médicaments

Une personne adhérente changeant de régime d'assurance en cours d'année civile a la possibilité d'obtenir, pour elle-même et pour ses personnes à charge, un relevé du cumul de leurs contributions pour l'année civile en cours. Ce relevé est émis par l'assureur ou la RAMQ, à la demande d'une personne adhérente ou de l'employeur pour chaque personne visée par le changement d'assureur. Dans tous les cas, la demande du relevé doit être faite dans les six (6) mois suivant la date de terminaison de l'assurance. Par cette mesure, la personne adhérente n'a pas à déboursier pour l'achat de ses médicaments dans son nouveau régime lorsque le plafond annuel prévu par celui-ci sera atteint.

Note : Si la personne adhérente demeure chez Beneva, le cumul des contributions est automatiquement transféré.

Service de remboursement direct des frais de médicaments

Le régime inclut le service de remboursement directement à la pharmacie lors de l'achat de médicaments. Ainsi, la personne assurée n'aura qu'à payer la partie du coût des médicaments qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance, puisque Beneva remboursera directement au pharmacien la portion assurée.

Par exemple, pour des frais de médicaments admissibles de 40 \$ et remboursables à 75 %, la personne assurée n'aura qu'à déboursier 10 \$ au pharmacien.

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 8 - Comment faire une demande de prestations*.

Exclusions aux médicaments :

La présente clause ne couvre pas les produits suivants qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

1. produits de régimes servant de suppléments ou de compléments à l'alimentation;
2. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dit « orphelins »;
3. produits ou médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
4. produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques;
5. produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le RGAM;
6. vaccins préventifs ou curatifs, sérums et injections; cependant, certains de ces frais sont couverts en vertu des alinéas 2.2.16 et 2.2.20 de la présente section;
7. médicaments servant à traiter la dysfonction érectile;
8. écrans solaires.

Toutefois, dans le cas de produits servant à compléter ou à remplacer l'alimentation, Beneva accepte d'analyser de telles demandes de prestations en autant que ces produits servent au traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée et soient considérés comme médicaments (porteurs d'un DIN).

La présente clause ne doit pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service thérapeutique autrement couvert sous le RGAM.

2.2.2 les frais engagés pour des soins à domicile. Dans la présente clause, on entend par :

- « **activité quotidienne de base** » : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- « **fournisseur de services d'aide à domicile** » : une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région;
- « **membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe** » : personne conjointe, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, beau-frère, belle-soeur, demi-frère, demi-soeur, gendre, bru, grands-parents et petits-enfants.

Les frais admissibles sont ceux engagés par la personne assurée, au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un jour et pendant laquelle il est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base :

a) **soins infirmiers** : les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié pour des soins infirmiers dispensés au domicile de la personne assurée, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être un membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :

- l'enseignement après une intervention chirurgicale;
- la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
- le changement de pansements et le soin des plaies;
- l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
- l'exérèse de sutures et agrafes;
- les prélèvements (sanguins et autres).

- b) **frais de transport** : les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine et de frais admissibles de 30 \$ par déplacement (aller et retour).
- c) **maison de convalescence** : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un médecin ou un infirmier licencié, y compris le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 125 \$ par jour.
- d) **services d'aide à domicile** : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à accomplir ses activités quotidiennes de base, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. Les services doivent être rendus au domicile de la personne assurée et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être un membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe. Les services couverts comprennent entre autres :
- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
 - ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
 - entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
 - préparation des repas;
 - accompagnement à des rendez-vous médicaux.
- e) **frais de garde des enfants** : les frais pour la garde des enfants à charge de l'adhérent à son domicile ou dans un service de garde jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 25 \$ par jour et par enfant. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être un membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe.

Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par la personne adhérente ou sa personne conjointe avant la période de convalescence de la personne assurée concernée sont couverts en vertu de la présente clause.

Limitation reliée aux soins à domicile

Seuls les frais engagés pour des soins reçus **dans les 30 jours** suivant immédiatement l'hospitalisation ou la chirurgie dite d'un jour sont couverts en vertu de la présente clause. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour se prolonge pour une période de quatre (4) jours ou plus.

Recommandations

- Nous invitons la personne adhérente à vérifier avec le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS de sa région pour connaître les soins offerts et dispensés en fonction de son état de santé ainsi que pour s'assurer d'un suivi adéquat de son dossier par le CISSS ou le CIUSSS.
- Bien que l'autorisation de Beneva ne soit pas obligatoire, nous invitons tout de même la personne adhérente à communiquer avec notre Service à la clientèle pour évaluer son dossier et ainsi éviter tout désagrément au cas où son contrat d'assurance ne couvrirait pas les dépenses occasionnées par son état de santé.

- 2.2.3 selon le mode le plus économique et pour combler un besoin temporaire seulement, les frais d'achat ou de location d'un **fauteuil roulant non motorisé** ou d'un **lit d'hôpital**;
- 2.2.4 les frais engagés pour l'achat ou le remplacement **de membres artificiels ou de prothèses externes, à l'exclusion** des lunettes, des lentilles cornéennes et des prothèses dentaires;

Sont notamment couverts :

- les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie. Le remboursement maximal par période de 48 mois complets consécutifs est limité à une (1) seule prothèse par personne assurée et à un maximum de 500 \$ par personne assurée;
- les frais d'achat de **lentilles intraoculaires**, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne peuvent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes;
- les frais d'achat de **prothèses mammaires** par suite de mastectomie;
- les frais d'achat de **soutiens-gorge postopératoires** par suite de mastectomie ou de réduction mammaire. Le remboursement maximal est de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie par personne assurée;

2.2.5 les frais d'achat, de location ou de remplacement de **bandages herniaires, pansements, corsets, plâtres, attelles, béquilles et autres appareils orthopédiques**, étant entendu que l'expression « appareils orthopédiques » désigne un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient ou maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps, ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons.

Les frais d'achat pour les **orthèses plantaires** sont également admissibles. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec. Les orthèses doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en vertu de la *Loi sur la santé publique*;

2.2.6 les frais d'achat d'un (1) **appareil mesurant le taux de glucose sanguin** (glucomètre) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 36 mois consécutifs par personne assurée. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de Beneva;

2.2.7 les frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, de **appareils thérapeutiques** .

Dans cette catégorie d'appareils et à titre d'exemples on retrouve :

- les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébuliseur);
- les stimulateurs de consolidation de fractures;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique, CPAP);
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);
- l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

Exclusions aux appareils thérapeutiques

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, réflectomètre ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques.

Par « accessoires domestiques », on entend des accessoires tels que siège d'aisance, barre de soutien, humidificateur, climatiseur, « filtreur d'air », articles du Docteur Gibaud (matériel fournissant de la chaleur), coussin électrique, coussin chauffant pour l'auto, lampe solaire, thermomètre, bain de siège, appareil à pression, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature, « water pik » (brosse à dents électrique), appareil hydrothérapeutique, bain tourbillon, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (incontinence nocturne) et autres accessoires de même nature;

- 2.2.8 les frais remboursables pour une **pompe à insuline** sont l'achat de la pompe et sa réparation jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par période de 60 mois consécutifs par personne assurée et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile par personne assurée;
- 2.2.9 les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur percutané** ou transcutané (PENS/TENS) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs par personne assurée;
- 2.2.10 les frais d'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage ou les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne 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 le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Sont également admissibles, les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que tous types de sandales, ne sont pas admissibles;
- 2.2.11 les frais engagés pour des **électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire**, dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada;
- 2.2.12 les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire** et d'oxygène (ex. : concentrateur, oxylite) à raison d'un appareil par période de 60 mois consécutifs par personne assurée.
- Les frais d'achat d'une station de remplissage de bonbonnes d'oxygène, peuvent être considérés comme admissibles à un remboursement si la personne adhérente démontre que les frais d'achat sont plus économiques pour le régime que le coût de remplissage des bonbonnes d'oxygène;
- 2.2.13 les honoraires professionnels d'un **infirmier licencié** ou d'un **infirmier auxiliaire licencié aux soins exclusifs du patient** pour une période de 8 heures ou plus chaque jour, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez la personne adhérente ou qui fait partie de sa famille ou de celle de sa personne conjointe, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence;
- 2.2.14 les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance;
- 2.2.15 les frais d'achat de **bas de contention à compression moyenne ou forte** (21 mm de Hg ou plus) fournis et vendus dans une pharmacie ou un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, sous réserve d'un remboursement maximal de trois (3) paires par personne assurée, par année civile;
- 2.2.16 les frais pour des **injections sclérosantes**, jusqu'à un maximum de frais admissibles par séance de traitement de 20 \$ pour la substance injectée et de 25 \$ pour l'acte médical, maximum d'un (1) traitement par jour par personne assurée.
- 2.2.17 les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'**appareils auditifs**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 48 mois complets consécutifs pour chaque personne assurée;

2.2.18 les honoraires professionnels d'un **chirurgien-dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles**, par suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pourvu que le traitement soit rendu dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident .

Les frais admissibles sont limités aux tarifs prévus au guide (édition courante) des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.

Toutefois, aucune prestation n'est payable pour tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit reliés à un implant dentaire;

2.2.19 les frais de **transport aller et retour en ambulance** y compris, en cas d'urgence, le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances);

La nécessité médicale doit être démontrée lors de la demande de prestations à Beneva lorsque le transport par avion est utilisé;

2.2.20 les frais pour **des vaccins curatifs ou préventifs**; le coût de la substance est couvert jusqu'à concurrence d'un maximum global de 200 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile;

2.2.21 les frais pour les **examens de la vue** effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, sous réserve d'un remboursement maximum de 50 \$ par personne assurée, par période de 24 mois complets consécutifs;

2.2.22 les frais pour les services d'un **physiothérapeute**, d'un **thérapeute en réadaptation physique** ou d'un **thérapeute du sport agréé** à raison d'un montant maximal admissible de 40 \$ par traitement par personne assurée;

2.2.23 les honoraires professionnels d'un **orthophoniste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 600 \$ par personne assurée, par année civile;

2.2.24 les honoraires professionnels d'un **ergothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par personne assurée, par année civile;

2.2.25 les honoraires professionnels d'un **audiologiste** ou d'un **audioprothésiste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par consultation pour un **audiologiste** et jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par consultation pour un **audioprothésiste**, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;

2.2.26 les honoraires professionnels d'un **chiropraticien**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement, de 50 \$ par année civile pour les radiographies, sous réserve d'un remboursement global de 500 \$ par année civile, par personne assurée;

2.2.27 les honoraires professionnels d'un **diététiste**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée;

2.2.28 les honoraires professionnels d'un **podiatre**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par traitement et de 50 \$ par année civile pour les radiographies, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par personne assurée;

2.2.29 les honoraires professionnels d'un **naturopathe** (ou **naturothérapeute**), d'un **homéopathe** ou d'un **phytothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 600 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

La notion de traitement ne fait pas référence aux remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels.

Concernant le naturopathe (ou naturothérapeute), les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations non reconnues par Beneva ne sont pas couverts;

2.2.30 les honoraires professionnels d'un **acupuncteur**, d'un **ostéopathe**, d'un **kinésologue**, d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute** ou d'un **massothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximal de 600 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;

2.2.31 les honoraires professionnels d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute**, d'un **travailleur social**, d'un **conseiller en orientation** ou d'un **thérapeute conjugal et familial**. Les frais admissibles sont sujets à un maximum de remboursement total de 1 000 \$ par année civile pour chaque personne assurée, pour l'ensemble de ces professionnels;

2.2.32 les **frais de transport et d'hébergement (y compris les repas)** engagés au Québec et occasionnés par un des événements suivants :

- la **consultation d'un médecin spécialiste pour des services professionnels non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;
- des **traitements spécialisés rendus par un médecin et non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;
- une **hospitalisation pour recevoir des soins non disponibles** dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;

Les frais admissibles sont :

- les frais de **transport** en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau et train) selon le mode le plus économique en tenant compte de l'état de santé de la personne assurée;
- les frais de **repas**;
- les frais de **d'hébergement** engagés dans un établissement public, à condition que l'événement nécessite un séjour.

Le remboursement maximal pour l'ensemble de ces frais est de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile.

Toutefois, les conditions ci-après s'appliquent aux frais admissibles indiqués précédemment :

- l'événement engendrant ces frais admissibles doit être prescrit par un médecin;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées;
- l'événement engendrant les frais admissibles doit nécessiter un déplacement d'au moins 200 km (aller seulement), du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de l'événement par la route la plus directe. Le lieu de l'événement doit par ailleurs être le plus près du lieu de résidence de la personne assurée;
- pour le transport en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par une personne assurée ainsi que par son accompagnateur.

REMARQUE :

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme administré par l'établissement responsable du traitement de la personne assurée. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, la personne assurée est priée de communiquer avec l'hôpital, le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS. Ces organismes sont « premiers payeurs ». Ainsi, seuls les frais non remboursés par ces organismes et admissibles en vertu du contrat sont remboursables.

2.2.33 dans le cas d'une **cure de désintoxication** reliée à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la cyberdépendance ou au jeu compulsif, les frais engagés pour un séjour dans une maison **officiellement reconnue** à cette fin, sont admissibles jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile, par personne assurée.

2.3 EXCLUSIONS

La garantie de médicaments prévoit l'exclusion de certains produits. La personne adhérente est invitée à lire attentivement ces exclusions *au point 2.2.1*.

De plus, **aucune prestation n'est payable** pour les frais engagés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lequel la personne adhérente a droit à des prestations en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.)
- pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;
- du fait d'une automutilation volontaire, sans égard à l'état d'esprit de la personne assurée;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par une personne résidant à la même adresse que la personne adhérente;
- pour des services médicaux pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer, qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel elle pouvait être admissible ou ne serait pas tenue de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
- pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- pour toutes substances, soins ou procédés servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro, sauf pour les médicaments couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
- pour les services, fournitures, examens, soins ou frais qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

2.4 COORDINATION

Si la somme des prestations qui seraient payables en vertu du présent régime et des prestations qui seraient payables aux termes de tout autre régime d'assurance collectif ou individuel, en vertu duquel une personne adhérente a droit à de telles prestations, excède les frais réellement engagés pour les services et fournitures couverts par le contrat, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites de façon à éliminer cet excédent.

3- DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

3.1 DÉFINITIONS

Dans les présentes garanties, on entend par :

- Accident

Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;

- Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage;

- Associé en affaires

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins;

- Compagnon de voyage

Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée;

- Frais admissibles

Frais pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat;

- Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

- Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable;

- Hôte à destination

Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage;

- Membre de la famille

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : personne conjointe, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce;

- Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : personne conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

La notion de proche parent inclut aussi un ami ou une amie advenant le fait où la personne assurée n'ait aucun proche parent;

- Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut;

- Transporteur public

Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération;

- Voyage

Assurance voyage : Tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.

Assurance annulation de voyage : Déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un autre lieu. Pour être reconnu comme voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuitées consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité ou autorisé par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

3.2 ASSURANCE VOYAGE (REMBOURSÉS À 100 %)

En fonction du statut de protection détenu, soit individuel, monoparental ou familial, l'assurance voyage protège la personne adhérente et, s'ils sont assurés, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

La présente assurance s'applique seulement pendant la partie du séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée au cours de laquelle cette personne est aussi couverte par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance. La personne assurée doit se référer au régime public de sa province de résidence pour connaître les modalités applicables.

Si vous planifiez voyager au-delà de la limite de couverture applicable dans votre province de résidence, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent. Il est à noter que cette limite est de 182 jours au Québec.

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une **maladie subite et inattendue** survenus alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et qu'elle nécessite des **soins d'urgence**. Ils doivent s'appliquer

à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai au service d'assistance voyage de Beneva, que ce soit par la personne assurée elle-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par la personne assurée au service d'assistance voyage de Beneva : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de chirurgien-dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de la personne assurée; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, la personne assurée doit être protégée par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si la personne assurée est déjà atteinte d'une maladie ou d'une affection connue, elle doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré comme instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une **maladie subite et inattendue**, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
 - s'est aggravée,
 - a fait l'objet d'une récurrence,
 - est en phase terminale d'évolution,
 - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage;
 - qu'elle peut effectuer ses activités habituelles;
- et
- qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

Le service d'assistance voyage de Beneva peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à la personne assurée si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

Si l'un ou l'autre des critères mentionnés ci-dessus s'applique à l'état de santé actuel d'une personne assurée, **la personne adhérente doit communiquer**, quelques semaines avant son départ, avec la firme d'assistance voyage (CanAssistance) qui l'informera adéquatement. Les numéros de téléphone pour joindre CanAssistance apparaissent au verso de la carte d'assurance qui accompagne le certificat émis par l'assureur.

3.2.1 Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais d'**hospitalisation** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels d'un **médecin** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les frais de transport en **ambulance** par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche;
- les frais d'achat de **médicaments** qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;
- les honoraires d'un **infirmier licencié**, s'ils sont prescrits par le médecin traitant, pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par séjour. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée ni être un compagnon de voyage;
- les frais de traitements de **chiropraticien, podiatre et physiothérapeute**;
- les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants : location d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** ou d'un **appareil d'assistance respiratoire**; **analyses de laboratoire et radiographies**; **achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres** et autres **appareils orthopédiques**;
- les honoraires de **chirurgien-dentiste** pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien-dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par séjour, dans les 12 mois suivant l'accident, nonobstant les exclusions prévues à l'assurance voyage;
- les frais de **rapatriement** de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* (voir la note à la page 33);
- les frais de transport aller et retour en classe économique d'une **escorte médicale** qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* (voir la note à la page 33);
- les frais de **retour du véhicule** personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par séjour. Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger;
- en cas de décès de la personne assurée, les frais engagés pour la préparation de sa dépouille et du retour chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva*;

- les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû modifier la suite de son voyage en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne. L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour, ni 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées;
- les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, se rendant à l'hôpital où séjourne la personne assurée depuis au moins 7 jours ou pour identifier la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille; ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* et la personne assurée doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui atteste de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :
 - pour le transport : 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
 - pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (avion, autobus, train) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant;
- les services d'assistance voyage ci-après.

* L'expression **autorisation préalable de Beneva** utilisée dans ce texte signifie Beneva ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de Beneva (*voir point 3.3 ci-après*).

Note : Veuillez vous référer au point 3.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.3 SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE

La garantie d'assurance voyage comporte un volet spécial relatif à l'assistance voyage.

En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, chaque personne assurée a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée (CanAssistance) qui a conclu une entente à cet effet avec Beneva.

Si des soins médicaux ou hospitaliers d'urgence ou des services prévus par la garantie d'assurance voyage deviennent nécessaires, CanAssistance peut non seulement avancer des fonds exigés à cet égard, mais aussi intervenir pour aider la personne assurée à être admis dans un centre hospitalier ou pour avoir accès aux divers services prévus par son régime d'assurance.

CanAssistance peut servir d'intermédiaire entre Beneva et la personne assurée lorsque cette dernière est tenue, en vertu de la garantie d'assurance voyage, d'obtenir une « **autorisation préalable de Beneva** » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

Voici en détail les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus par CanAssistance, si nécessaire, à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue :

- a) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à la personne assurée, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- c) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
- d) coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements;

- f) prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée;
- g) prendre des dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper ou si elle décède;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée;
- j) offrir les services d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Beneva recommande à la personne assurée de se conformer aux avertissements du gouvernement du Canada en matière de voyage. Pour obtenir toute information avant votre départ ou une autorisation avant d'engager ou de payer des frais admissibles, ou pour demander de l'assistance, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de Beneva aux numéros de téléphone suivants :

A) CANADA - ÉTATS-UNIS	1 800 465-2928
B) AILLEURS DANS LE MONDE (à frais virés)	514 286-8412

Le numéro de contrat indiqué sur votre carte d'assurance doit être fourni au moment de l'appel. La carte d'assurance émise à la personne adhérente par l'assureur fournit également les numéros de téléphone précédents. Ces numéros apparaissent au verso de cette carte.

Note : Veuillez vous référer au point 3.5 pour les limitations relatives à cette garantie.

3.4 ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (REMBOURSÉS À 100 %)

En fonction du statut de protection détenu, (individuel, monoparental ou familial), l'assurance annulation voyage protège la personne adhérente et, s'ils sont assurés, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

Pour que les frais puissent être admissibles, ils doivent être engagés par la personne assurée en raison de l'annulation, de la prolongation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et où cette dernière, au moment de prendre les arrangements de voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais doivent aussi être engagés en raison d'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

3.4.1 Causes admissibles d'annulation :

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

- a) une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage ou son associé en affaires, ou que subit un membre de la famille de la personne assurée ou de son compagnon de voyage; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être suffisamment grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption;

- b) le décès de la personne assurée, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne assurée ou de sa personne conjointe, d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un associé en affaires de la personne assurée;
- c) le décès d'un membre de la famille de la personne assurée (autre que la personne adhérente, sa personne conjointe ou leurs enfants) ou de celle du compagnon de voyage de la personne assurée, pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour;
- d) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- e) le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée ou de la famille de son compagnon de voyage;
- f) le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire;
- g) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- h) la convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles;

- i) la mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage;
- j) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- k) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage;
- l) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage;

m) Pour l'annulation de voyage

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que la personne assurée ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur à la date prévue de départ.

Pour l'interruption de voyage

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà; ou

- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. La personne assurée doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

- n) le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoie une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police;
- o) des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
 - i) le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
 - ii) la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur public, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- p) un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation;
- q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Dans ce cas, Beneva rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

3.4.2 Les frais admissibles en vertu de cette garantie sont payables à 100 % jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée pour le voyage projeté, soit :

En cas d'annulation avant le départ

- a) La portion non remboursable, inutilisable, non transférable et irrécouvrable des frais de voyage payés d'avance. Toute forme de crédit, compensation ou dédommagement (avec ou sans restriction quant à l'utilisation) offerts par un fournisseur de voyage, une agence de voyage, un transporteur public, un lieu d'hébergement ou un organisme sont considérés comme des remboursements des frais de voyage payés d'avance.
- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

En cas de départ manqué, d'annulation de vol ou d'interruption temporaire de voyage

Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée ou l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime la personne assurée ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

En cas de retour anticipé ou retardé

- a) Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement. Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de Beneva.
- b) La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Restriction

Les frais payables par toute personne autre que la personne assurée ne sont pas admissibles.

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

Transport aller-retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage de Beneva, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle serait rendue dans son voyage, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire;
- b) un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

Note : Voir le point 3.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.5 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION

3.5.1 Exclusions en assurance voyage

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage.

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence;
- b) les frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de Beneva, lorsque son état médical le permet;
- c) les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- d) les frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;
- e) les frais payables en vertu de tout régime public;
- f) les frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatifs ou non urgents;
- g) les frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) les frais engagés pour une personne assurée dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- j) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
- k) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont admissibles, selon les paramètres prévus à la présente garantie;

- l) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
- m) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- n) les frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- o) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non.

3.5.2 Exclusions en assurance annulation voyage

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance annulation de voyage.

- 1) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - b) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - c) une blessure que la personne assurée ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée, sans égard à son état d'esprit. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont admissibles, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
 - d) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - e) un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
 - f) la raison pour laquelle le voyage est acheté, dans les cas où il est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation

médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'un médecin ou non;

- g) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale.
- 2) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
 - à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée.
- 3) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- 4) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée doit se rendre.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement s'il y a une modification à la hausse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de la personne assurée.

- 5) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai.

- 6) Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai.

3.5.3 Limitations en assurance voyage

- Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après diagnostic ou traitement d'urgence de cette condition, la personne assurée aurait pu revenir dans sa province de résidence, mais a choisi d'obtenir des services à l'extérieur, Beneva n'assume pas le coût des services, traitements, chirurgies et autres frais.
- Beneva se réserve le droit de rapatrier la personne assurée dans sa province de résidence lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère Beneva quant aux frais engagés par la suite.
- Les prestations totales ne peuvent excéder 5 000 000 \$ par personne assurée, pour chaque séjour à l'étranger.

3.5.4 Limitations en assistance voyage

- Ni Beneva, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.
- Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays.
- Les services fournis peuvent être modifiés par Beneva sans préavis.

3.5.5 Limitation en assurance annulation voyage

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, la personne assurée doit communiquer avec la compagnie d'assistance voyage pour connaître la procédure à suivre et ce, 72 heures avant qu'un dépôt devienne exigible ou 72 heures avant la date prévue de départ, selon la première éventualité.

Pour toute autre cause d'annulation de voyage avant le départ, la personne assurée doit communiquer avec la compagnie d'assistance voyage pour connaître la procédure à suivre et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les numéros de téléphone pour communiquer avec la compagnie d'assistance voyage sont les suivants :

Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928

D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)

Le numéro de contrat indiqué sur votre carte d'assurance doit être fourni au moment de l'appel.

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de Beneva se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de Beneva que la personne assurée et tout adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de Beneva étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

3.5.6 Coordination

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie; celle-ci ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance accident maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

4- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE

4.1 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Le montant de protection est égal à 50 % du traitement annuel.

4.2 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE

- personne conjointe : 17 200 \$
- enfant(s) à charge
âgé(s) de 24 heures ou plus : 5 000 \$ par enfant

Note : Ces montants sont réduits de moitié pour les personnes adhérentes travaillant moins de 70 % du temps complet.

4.3 ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE

Cette garantie prévoit le paiement d'une prestation, telle que décrite dans le tableau suivant, et ce, sans excéder 100 % du traitement annuel de la personne adhérente, lorsqu'elle-même, sa personne conjointe ou leurs enfants à charge, en cours d'assurance, subissent à la suite d'un accident l'une des pertes suivantes, et ce, dans les 365 jours de l'accident :

Perte	Montant
- des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 % du traitement annuel
- d'une main et d'un pied	100 % du traitement annuel
- d'une main et de la vue d'un oeil	100 % du traitement annuel
- d'un pied et de la vue d'un oeil	100 % du traitement annuel
- d'une main	50 % du traitement annuel
- d'un pied	50 % du traitement annuel
- de la vue d'un oeil	50 % du traitement annuel

Note : Par « perte », on entend la perte totale et irréversible de l'usage d'un membre, et ce, à la suite d'un accident. La perte de la vue signifie la perte totale définitive et irréversible de la vue.

4.4 EXCLUSION EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

L'assurance en cas de mutilation accidentelle n'est pas payable si la perte est due à une des causes suivantes : blessures volontaires, suicide, guerre, émeute, insurrection, participation active à un acte criminel ou un attentat, service actif dans les forces armées, exercice de toute fonction comme membre d'équipage d'un aéronef (sauf si sa présence comme membre de l'équipage découle de ses fonctions à titre d'employé du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec).

5- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Le régime facultatif d'assurance vie additionnelle vient compléter le régime obligatoire de base d'assurance vie de Beneva, le régime uniforme d'assurance vie et le régime de rentes de survivants.

5.1 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

La personne adhérente peut ajouter un montant égal à 1, 2, 3, 4 ou 5 fois son traitement annuel.

Preuves d'assurabilité

- a) Des preuves d'assurabilité sont **toujours** exigées si la demande d'assurance vie additionnelle est présentée **plus de 60 jours** après la date d'admissibilité.
- b) Des preuves d'assurabilité sont **toujours** exigées pour toute demande d'assurance vie additionnelle excédant trois (3) fois le traitement annuel de la personne adhérente, et ce, même si la demande est présentée dans les 60 premiers jours de son admissibilité.
- c) Des preuves d'assurabilité sont également exigées d'une nouvelle personne adhérente qui présente sa demande dans les 60 premiers jours de son admissibilité pour l'excédent de 191 200 \$*, s'il est âgé de 40 à 49 ans et pour l'excédent de 79 700 \$*, s'il est âgé de 50 ans ou plus.

* Ces montants représentent ceux en vigueur en 2025. Ils sont augmentés au 1^{er} janvier de chaque année, selon l'augmentation de l'indice des rentes du RRQ, sujet à un maximum de 4 %.

5.2 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE

La participation à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est requise pour donner accès à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Les montants sont disponibles par tranche de 10 000 \$ sous réserve d'un montant maximum de 100 000 \$ et des preuves d'assurabilité sont exigées en tout temps.

5.3 EXCLUSION

Aucune prestation n'est payable pour une personne assurée (personne adhérente ou personne conjointe) en vertu du présent régime en cas de suicide :

- si les montants de protection sont demandés plus de 60 jours après la date d'admissibilité de l'assuré; et
- si le décès de la personne assurée se produit dans les 12 mois suivant la mise en vigueur des montants additionnels de protection.

6- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'une personne adhérente devient totalement invalide, le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après:

6.1 MONTANT DE LA RENTE

La rente, versée mensuellement, est égale à 65 % du traitement mensuel brut auquel la personne adhérente aurait eu droit si elle avait été au travail à la fin de la 104^e semaine de son invalidité totale.

6.2 DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est de 104 semaines et correspond à la durée du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur.

6.3 DURÉE DES PRESTATIONS

La personne adhérente invalide a droit de recevoir la rente d'invalidité de longue durée à compter de la fin du délai de carence et aussi longtemps qu'elle demeure totalement invalide sans toutefois dépasser la première des dates mentionnées au *point 6.10 Cessation des prestations* ci-après.

6.4 COORDINATION DE LA RENTE

Le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant mensuel de rente d'invalidité **payé** en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec*, du Régime de rentes du Québec (RRQ), incluant la rente de retraite que la personne adhérente reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité, de tout contrat antérieur et de toute autre loi sociale. Cette réduction tiendra compte également de tout montant rétroactif s'il y a lieu.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à la personne adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit à des indemnités provenant de telles sources.

De plus, le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant de rente d'invalidité ou de retraite que reçoit la personne adhérente en vertu du régime de retraite de l'employeur et de la rente de retraite payée à la personne adhérente par le RRQ.

Cette réduction est établie en fonction des rentes payables après la 104^e semaine d'invalidité totale, sans égard à leurs futures indexations au coût de la vie.

6.5 COTISATION AU RÉGIME DE RETRAITE

En plus de la rente d'invalidité, Beneva paie à compter de la 156^e semaine d'invalidité totale la cotisation de la personne adhérente au régime de retraite de l'employeur, si la personne adhérente y contribuait avant son invalidité, tant que dure l'invalidité totale, mais sans dépasser la première des dates mentionnées au *point 6.10 Cessation des prestations* ci-après.

Dans le cas d'une maladie en phase terminale d'une personne adhérente admissible en vertu des dispositions du RRPE, du RRAS, du RREGOP ou du RRAPSC, si la personne adhérente demande un remboursement de ses cotisations accumulées avec intérêts ou de la valeur présente de sa rente de retraite, Beneva cesse le versement de la cotisation de la personne adhérente au RRPE, au RRAS, au RREGOP ou au RRAPSC à la date de réception de la demande de remboursement à Retraite Québec.

6.6 DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication grave d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend la personne adhérente totalement incapable d'accomplir tout emploi rémunérateur pour lequel elle est raisonnablement apte par suite de son éducation, de son entraînement et de son expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

6.7 PÉRIODE D'INVALIDITÉ TOTALE (APRÈS 104 SEMAINES)

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de moins de trois (3) mois de travail effectif à temps complet ou, le cas échéant, à temps partiel, conformément au poste régulier de la personne adhérente.

Si l'invalidité totale, pendant une période, résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente, cette période est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

6.8 INDEXATION

Le montant de la rente payable par Beneva est indexé selon le pourcentage le moins élevé de :

- a) l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4) de la fonction publique appliquée au cours de l'année précédente;
- b) 5 %.

Cette clause d'indexation s'applique annuellement à compter du 1^{er} janvier qui suit une période d'au moins six (6) mois de prestations.

Dans le cas où une personne adhérente cesse de recevoir une rente provenant de l'une des sources de revenus prises en compte dans le calcul de la réduction du montant de la prestation mensuelle prévue à l'article 6.4 ci-dessus, le montant de la prestation payable en vertu du présent régime est calculé de nouveau pour y inclure le montant de rente ayant été pris en compte dans le calcul de la réduction. Ce montant de rente est indexé conformément aux modalités prévues au présent article rétroactivement à la date à laquelle elle a fait l'objet de ladite réduction, et ce, afin de refléter la prestation que la personne adhérente aurait reçue, n'eût été la réduction provenant d'une autre source de revenus.

6.9 PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Le programme vise à favoriser la réintégration au travail d'une personne adhérente en fournissant le support nécessaire à cette fin tant à la personne adhérente qu'à son employeur. Les principaux paramètres de ce programme ainsi que les principales conditions de travail relatives à son application sont décrites dans la brochure intitulée *Programme de réadaptation*. Pour plus de détails, la personne adhérente doit contacter le service des ressources humaines de l'employeur.

6.10 CESSATION DES PRESTATIONS

Il y a cessation des prestations d'invalidité à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans;
- b) la première date à laquelle la personne adhérente invalide devient admissible à :
 - une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur (exemple : RRPE, RRE, RRF, RRAS) ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
 - ou
 - un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la rente de ce régime;
 - ou
 - une rente de retraite avec réduction actuarielle dont le montant correspondrait à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
- c) la date de la prise de la retraite ou de la préretraite totale;
- d) la date où cesse l'invalidité totale.

Les cotisations au régime de retraite de l'employeur, s'il y a lieu, cessent à la même date que celle stipulée ci-haut, mais sans excéder la date où la personne adhérente reçoit effectivement une rente d'invalidité ou de retraite en vertu du régime de retraite de l'employeur.

6.11 DROIT D'APPEL

Les décisions ouvrant droit à une contestation sont de deux ordres :

- la non-reconnaissance d'un état d'invalidité par Beneva;
- les tâches de l'emploi de réadaptation.

6.11.1 Contestation de la non-reconnaissance d'une période d'invalidité par Beneva

La personne adhérente ou son employeur, sous réserve de l'accord de la personne adhérente, peuvent séparément ou conjointement contester la décision de Beneva de ne pas reconnaître, ou de cesser de reconnaître à compter de la 105^e semaine, l'état d'invalidité de la personne adhérente.

Afin d'éviter une procédure longue et coûteuse, le gouvernement, les associations de cadres et Beneva ont convenu de la mise sur pied d'un tribunal d'arbitrage médical pour disposer des litiges en cette matière.

En contrepartie de l'obligation de Beneva de respecter la décision du tribunal d'arbitrage médical, la personne adhérente doit adhérer à la convention d'arbitrage médical par écrit et par le fait même, renoncer à tout autre recours aux tribunaux de droit commun ou à tout autre tribunal.

Pour soumettre un différend au tribunal d'arbitrage médical, la personne adhérente ou son employeur doit donner à Beneva un avis écrit à cet effet dans les 90 jours :

- de la date de prise d'effet de la décision de Beneva, si cette décision est rendue avant la fin des 104 semaines; ou
- de la date de la décision de Beneva, si cette décision est rendue après les 104 semaines.

La personne adhérente doit transmettre une copie des documents de contestation à son employeur.

6.11.2 Contestation des tâches de l'emploi de réadaptation

Le comité sectoriel est le premier intervenant dans les contestations des tâches de l'emploi de réadaptation de même qu'à l'occasion d'une affectation temporaire pour une durée n'excédant pas 12 mois.

S'il n'y a pas une solution satisfaisante pour la personne adhérente à cette étape, les conditions de travail prévoient un mécanisme de recours dont la décision est exécutoire pour trancher des litiges.

6.12 EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable pour toute période d'invalidité résultant de maladies ou de blessures que la personne adhérente s'est volontairement infligées, sans égard à son état d'esprit, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile. Cette dernière exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre, des actes de guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais.

Le régime ne couvre aucune période d'invalidité pendant laquelle la personne adhérente n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin, sauf le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de Beneva.

7- LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)

Un régime de prestations complémentaire au programme de réadaptation complète en partie le traitement provenant d'un emploi de réadaptation.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après :

7.1 ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS

La personne adhérente a droit aux prestations du RCO :

- si elle satisfait à la définition d'invalidité du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur; ou
- après les 104 premières semaines d'invalidité, si elle ne se qualifie pas ou ne se qualifie plus à la définition d'invalidité totale prévue au régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.

De plus, il doit :

- avoir complété avec succès un plan de réadaptation; ou
- être en cours de réalisation d'un plan de réadaptation; ou
- selon le rapport d'évaluation de ses besoins en réadaptation, ne pas avoir besoin de réadaptation; et
- occuper un emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par Beneva; ou
- être en période d'assignation temporaire sur un poste pour une durée n'excédant pas 12 mois.

7.2 PRESTATIONS

Les prestations du RCO sont équivalentes à 95 % du traitement brut de la personne adhérente au début de l'invalidité moins le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire.

Lorsque la personne adhérente occupe un emploi sur une base progressive, le montant de la prestation est établi au prorata du temps rémunéré dans l'emploi de réadaptation par rapport au temps complet.

En tout temps, les prestations du RCO ne peuvent excéder 30 000 \$ par année.

Note : Le traitement au début de l'invalidité et les prestations du RCO ne sont pas sujets à la clause d'indexation indiquée au point 6.8.

Le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire est défini comme étant le plus élevé de:

- i) l'équivalent des prestations qui seraient payables par le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée (maximum annuel de 58 000 \$);
- ii) le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire sur la base de la période normale de travail au début de l'invalidité.

Les prestations prévues au présent régime ne peuvent cependant en aucun temps, débiter avant qu'une période de 104 semaines ne se soit écoulée depuis le début de l'invalidité.

7.3 VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dans la mesure où la personne adhérente est admissible aux prestations du RCO, celles-ci sont versées durant chacune des périodes suivantes:

- a) lorsque la personne adhérente a réussi son plan de réadaptation, la période au cours de laquelle elle occupe de façon permanente l'emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par Beneva;
- b) pendant la période de retour progressif au travail prévue au plan de réadaptation approuvé par Beneva;
- c) la période au cours de laquelle la personne adhérente occupe un poste en assignation temporaire lorsqu'elle est en attente d'un emploi de réadaptation, pour une période n'excédant pas 12 mois.

7.4 CESSATION DES PRESTATIONS

Il y a cessation des prestations du RCO à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans;
- b) la première date à laquelle la personne adhérente invalide devient admissible à :
 - une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur (exemple : RRPE, RRE, RRF, RRAS) ou 32 années de service créditées (RRAPSC);ou
 - un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la rente de ce régime;ou
 - une rente de retraite avec réduction actuarielle dont le montant correspondrait à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
- c) la date de la prise de la retraite;
- d) la date où la personne adhérente complète une période d'assignation temporaire de 12 mois et n'occupe toujours pas, à cette date, un emploi de réadaptation approuvé par Beneva. Dans un tel cas, Beneva informe le comité sectoriel avant de cesser le versement des prestations;
- e) la date de la cessation d'un emploi de réadaptation approuvé par Beneva ou de tout autre emploi suivant, sans période d'interruption, cet emploi de réadaptation;
- f) la date où les prestations du RCO payables deviennent inférieures à 5 % du traitement de la personne adhérente au début de son invalidité.

7.5 COTISATION AU RÉGIME DE RETRAITE

Les prestations du RCO versées sont considérées comme un traitement admissible au régime de retraite. Ainsi, la cotisation de la personne adhérente est prélevée sur les prestations du RCO. Beneva assume la contribution de l'employeur qui est égale à celle de la personne adhérente.

7.6 PRIME DU RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS

Beneva assume la prime du régime de rentes de survivants.

7.7 PRESTATIONS D'ASSURANCE VIE ET RENTES DE SURVIVANTS

Advenant un décès, les prestations du RCO sont incluses dans le calcul du traitement servant à établir le montant global des prestations d'assurance vie et de rentes de survivants.

7.8 EXCLUSION

Aucune prestation n'est payable pour toute période d'invalidité résultant de maladies ou de blessures que la personne adhérente s'est volontairement infligées, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre déclarée ou non, ou d'une guerre civile.

8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 FRAIS HOSPITALIERS

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, présentez votre carte d'assurance à l'hôpital.

8.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS

Deux modes de transmission de votre demande de prestations de médicaments à Beneva sont disponibles :

8.2.1 Par le biais de la carte d'assurance

Nous vous précisons que seuls les frais de médicaments peuvent être transmis à Beneva par le biais du système de transmission électronique des demandes de prestations.

Sur présentation de votre carte d'assurance, votre pharmacien vérifiera immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement.

a) Médicament admissible

Vous n'aurez qu'à payer à votre pharmacien la partie du coût de votre médicament qui n'est pas remboursable par votre régime d'assurance. Beneva remboursera directement à votre pharmacien la portion assurée. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer. Le pharmacien a l'obligation de vous facturer le prix usuel et coutumier, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

b) Médicament non admissible

Si le médicament acheté n'est pas admissible à un remboursement, le pharmacien vous remet un reçu sur lequel apparaissent différents messages, dont, à titre d'exemple :

Indication	Signification
« médicament non couvert »	Demande de remboursement refusée étant donné que le médicament est non couvert par la garantie de médicaments.
« durée de traitement maximum 90 jours »	La quantité de médicaments achetés ne peut excéder une période de traitement de 90 jours. Toutefois, si pour des raisons particulières votre prescription excède une période de traitement de 90 jours, nous vous invitons à soumettre votre demande de remboursement, accompagnée d'une note explicative, directement à Beneva .

suite...

Indication	Signification
« soumettre à l'Assureur »	Le médicament utilisé ne peut être traité par la carte d'assurance mais peut être admissible à un remboursement. Exemple : Si la prescription doit être préparée par le pharmacien (prescription magistrale).
« médicament d'exception »	Si le médicament doit être autorisé par Beneva (<i>voir point 2.2.1</i>).

c) Première utilisation

Si vous détenez un statut de protection familial ou monoparental, lors de la première utilisation de votre carte d'assurance pour un membre de votre famille, le pharmacien doit compléter votre dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne assurée. Nous vous invitons à fournir ces données à votre pharmacien s'il ne les a pas déjà inscrites à votre dossier. Celles-ci demeurent confidentielles. Une justification de l'âge peut être exigée par le pharmacien. Nous vous conseillons de présenter la carte d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

d) Enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement aux études à temps plein

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire (*voir point 1.5.2*).

8.2.2 Par la poste

Si vous ne pouvez utiliser votre carte d'assurance (perte, pharmacien non participant, etc.), effectuez votre demande de remboursement en utilisant le formulaire de demande de prestations.

Il est possible d'imprimer ce formulaire personnalisé à partir du site **Espace client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez la *section 10*.

Pour être admissible à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois de la date où ils ont été engagés.

Les factures de pharmaciens doivent mentionner le nom de la personne adhérente, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament et doivent être dûment acquittées.

Les médicaments fournis par le médecin là où cette pratique est permise par la loi sont également payables, sur présentation des factures indiquant le nom et la quantité des médicaments.

8.3 AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

Tous les autres frais doivent être réclamés par la personne assurée directement à Beneva.

La majorité des frais d'assurance accident maladie peuvent être réclamés en ligne sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client. Vous pouvez également faire votre demande de prestations à l'aide de votre téléphone intelligent en utilisant l'application Beneva.

Vous pouvez nous envoyer l'original de vos factures acquittées. Cependant, ces factures ne vous seront pas retournées, veuillez donc en conserver des copies. Afin de faciliter le traitement de vos réclamations, nous vous recommandons d'accumuler vos factures et de nous les envoyer à tous les trois (3) mois.

Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés. Notez que l'utilisation de votre carte d'assurance pour l'achat de vos médicaments assure que vos factures sont présentées à temps.

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations. Vous retrouvez ce formulaire personnalisé avec votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez la *section 10*. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à Beneva à l'adresse suivante :

Beneva
2525, boul. Laurier
C.P. 10500, Succ. Ste-Foy
Québec, (Québec) G1V 4H6

Dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie

Le dépôt direct vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol de vos chèques de prestations.

Vous pouvez adhérer au dépôt direct en vous inscrivant sur le site **Espace client**. Au moment de faire votre demande, ayez en main votre numéro de contrat Beneva de même qu'un chèque personnel indiquant votre numéro de compte. Pour savoir comment vous inscrire et pour plus de détails sur nos services Internet, consultez la *section 10*.

Si vous désirez adhérer au dépôt direct et que vous n'avez pas accès à Internet, ou si vous avez besoin d'assistance, contactez notre Service à la clientèle au numéro indiqué à l'endos de la brochure.

8.4 FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX À LA SUITE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la CNESST ou la SAAQ. Ces factures doivent être présentées à la CNESST ou à la SAAQ et non à Beneva.

8.5 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

8.5.1 Assurance voyage

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie d'assurance voyage ne sont remboursés qu'après étude de la demande par les organismes gouvernementaux (RAMQ, SAAQ, etc.), le cas échéant.

Tous les frais couverts en vertu de la garantie peuvent être réclamés directement à CanAssistance, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes pour Beneva (factures, reçus, prescriptions, etc.).

8.5.2 Assurance annulation voyage

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves suivantes :

- a) titres de transport inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages, d'une compagnie accréditée ou d'une plateforme d'hébergement touristique dans lesquels il est fait mention des montants non remboursés en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à Beneva;
- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical délivré par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou de l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- e) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- h) tout autre rapport exigé par Beneva permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

8.6 ASSURANCE VIE ET MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE

Les formulaires de demande de prestations d'assurance vie ou en cas de mutilation accidentelle s'obtiennent directement de Beneva. Cette demande doit être produite dans les 90 jours suivant l'événement.

8.7 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

L'employeur doit transmettre la déclaration d'invalidité à Beneva au début du 7^e mois suivant le début de votre invalidité.

Vous devez tout de même présenter à Beneva les demandes de prestations d'assurance salaire de longue durée au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle des prestations du régime d'assurance salaire de longue durée deviennent payables (voir le point 6.3 *Durée des prestations*).

Toutefois, afin que votre demande soit traitée dans les meilleurs délais, nous vous recommandons de soumettre votre demande 90 jours avant la date à laquelle vous devenez admissible à des prestations d'assurance salaire de longue durée.

8.8 AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour Beneva, protéger les renseignements personnels des personnes adhérentes et de leurs personnes à charge, si elles sont couvertes en vertu de la police d'assurance collective, est primordial. C'est pourquoi Beneva recueille, utilise et communique les renseignements personnels d'une personne adhérente avec son consentement, à moins que la loi l'autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- identifier la personne adhérente
- établir et mettre à jour le profil, les besoins et les objectifs de la personne adhérente
- évaluer les demandes et l'admissibilité de la personne adhérente aux produits et services de Beneva
- communiquer des conseils liés à la situation de la personne adhérente
- administrer la police d'assurance collective ainsi que les produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement des réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir l'opinion de la personne adhérente en lien avec les produits ou services de Beneva
- proposer à la personne adhérente des offres et des conseils personnalisés sur les produits ou les services de Beneva, conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques, et compte tenu du fait que la personne adhérente ait exercé ou non son **droit de retirer son consentement**
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations au sujet des personnes adhérentes

De quelles façons Beneva recueille-t-elle les renseignements personnels?

Beneva peut recueillir les renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de ses formulaires et de ses interfaces numériques.

À qui Beneva communique-t-elle les renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés aux produits ou services de Beneva détenus par le preneur, Beneva communique les renseignements personnels des personnes adhérentes à ses sociétés affiliées et à ses réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur les personnes adhérentes, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Dans tous les cas, Beneva s'assure qu'elle respecte la protection des renseignements personnels.

Quels sont les droits d'accès et de rectification des personnes adhérentes?

La personne adhérente peut accéder à ses renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact en transmettant une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur les pratiques de Beneva en matière de protection des renseignements personnels, la version complète de l'Énoncé de confidentialité de Beneva est disponible à l'adresse suivante : <https://www.beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels>.

Le consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. La personne adhérente a le droit de retirer son consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à lui offrir ses produits ou services.

Documentation d'assurance

Si le contrat a été modifié après la production de la présente brochure, il peut y avoir des différences entre le libellé de cette dernière et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Les personnes adhérentes ont donc le droit de consulter la police et d'en obtenir copie en transmettant une demande d'accès à l'information au Secrétariat du Conseil du trésor. La procédure est disponible sur le site Internet du Secrétariat du Conseil du trésor.

9- RÉGIMES D'ASSURANCE DES RETRAITÉS

9.1 PERSONNE ADMISSIBLE

Toute personne des secteurs public et parapublic du Québec qui, au moment de sa cessation de fonction, est admissible à une rente de retraite immédiate, avec ou sans réduction actuarielle, en vertu du régime de retraite auquel contribue son employeur et qui participe au régime d'assurance collective du personnel d'encadrement.

9.2 RÉGIMES OFFERTS

9.2.1 Retraité âgé de moins de 65 ans

- a) Le retraité doit choisir un régime d'assurance accident maladie (base, intermédiaire ou enrichi) à moins d'être exempté (*point 1.3*).

Si le retraité choisit le régime d'assurance accident maladie de base ou intermédiaire au moment de sa retraite, il pourra augmenter sa protection pour le régime intermédiaire ou enrichi, selon le cas, à l'occasion de son 65^e anniversaire uniquement.

Si le retraité choisit le régime d'assurance accident maladie intermédiaire ou enrichi au moment de sa retraite, il peut, en tout temps, diminuer son régime d'assurance accident maladie. Toutefois, le choix de diminuer de régime est irrévocable et il ne pourra plus par la suite adhérer à un régime supérieur, sauf une fois, s'il le souhaite, à l'occasion de son 65^e anniversaire.

- b) Le retraité peut, en plus, choisir le régime d'assurance vie (*section 4*).

9.2.2 Retraité âgé de 65 ans ou plus

- a) le retraité peut choisir les régimes d'assurance vie et d'assurance accident maladie (base, intermédiaire ou enrichi); ou
b) uniquement le régime d'assurance accident maladie (base, intermédiaire ou enrichi); ou
c) uniquement le régime d'assurance vie; ou
d) aucun régime.

Si le retraité choisit le régime d'assurance accident maladie de base au moment de sa retraite, ce choix sera irrévocable.

9.3 DÉLAI D'ADHÉSION

L'assurance de la personne admissible qui fait parvenir sa demande d'adhésion dans les délais décrits ci-dessous, débute à la date à laquelle elle devient admissible.

9.3.1 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités âgés de moins de 65 ans

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à Beneva au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Si la demande d'adhésion parvient à Beneva au-delà de ce délai, l'adhésion au régime intermédiaire ou enrichi n'est alors plus possible, sauf à l'occasion du 65^e anniversaire. La protection du régime de base d'assurance accident maladie demeure en tout temps accessible et le paiement des primes est rétroactif à la date de l'admissibilité sans jamais dépasser 12 mois, et ce, aussi bien pour un statut de protection individuel que monoparental ou familial. Les prestations pour cette période, sans jamais dépasser 12 mois, sont aussi remboursées rétroactivement.

De plus, cette personne devra payer la prime à la RAMQ pour la période qui n'est pas couverte par Beneva sans toutefois avoir droit au remboursement de médicaments pour cette même période. Rappelons que l'adhésion au régime d'assurance accident maladie est obligatoire en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*.

9.3.2 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités de 65 ans ou plus

À partir de 65 ans, la personne assurée peut choisir de conserver sa protection d'assurance médicaments chez Beneva ou à la RAMQ. Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à Beneva au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Le retraité de 65 ans ou plus qui ne transmet pas à Beneva sa demande d'adhésion au régime d'assurance accident maladie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité, ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

9.3.3 Régime d'assurance vie

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance vie des retraités, elle doit confirmer sa participation à Beneva au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Le retraité qui ne transmet pas à Beneva sa demande d'adhésion au régime d'assurance vie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

Lors de votre **passage du régime des actifs au régime des retraités**, l'ensemble des informations contenues à votre dossier à ce moment est transféré à votre nouveau dossier au régime des retraités. Les documents déjà fournis à Beneva, tels que la déclaration de fréquentation scolaire pour vos enfants à charge ou le formulaire de médicaments d'exception, si applicable, n'auront pas à être retournés de nouveau.

Pour une description complète des régimes offerts aux retraités, nous vous invitons à consulter la brochure intitulée **Régime d'assurance collective offert aux retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec**. Vous pouvez la consulter au beneva.ca/retraite-cadres dans la section « Documents pratico-pratiques ».

10- SERVICES INTERNET BENEVA

10.1 Espace client

Cet outil électronique vous permet d'accéder en tout temps à votre dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations que vous pouvez y effectuer :

- adhérer au dépôt direct de vos prestations d'assurance accident maladie;
- consulter en ligne votre relevé électronique de prestations;
- imprimer un formulaire personnalisé de demande de prestations;
- commander un relevé de prestations pour fins d'impôt;
- imprimer une carte d'assurance temporaire, si vous avez perdu ou oublié la vôtre;
- effectuer un changement d'adresse;
- visualiser les garanties figurant à votre contrat;
- réclamer en ligne et recevoir l'argent dans votre compte en 48 h avec le dépôt direct (pour la majorité des soins);
- modifier vos bénéficiaires en ligne;
- vérifier les frais médicaux couverts, y compris les médicaments;
- estimer les frais remboursés;
- obtenir votre preuve d'assurance voyage.

Pour vous inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages que vous offre nos services Internet, rendez-vous sur notre site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**. Des instructions en ligne vous guideront dans le processus d'inscription. Veuillez noter que les documents versés à votre dossier sont conservés pendant une période de 12 mois.

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à contacter notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h 00 à 20 h 00, au numéro indiqué à l'endos de cette brochure.

10.2 Application Beneva

Vous pouvez télécharger gratuitement l'application Beneva pour téléphone intelligent* au **beneva.ca/fr/application-beneva**.

Cette application vous permet de faire les mêmes opérations que vous pouvez effectuer sur l'**Espace client**.

* Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

11- CONSEILS D'AMI

- Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez Beneva.
- Vous pouvez en tout temps vérifier l'admissibilité de vos frais à l'aide de l'outil de simulation disponible sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client ou à même l'application mobile.
- Pour les fins d'impôts, conservez le relevé de prestations qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourraient servir à augmenter vos crédits d'impôts. Si vous êtes inscrit à l'**Espace client** de Beneva, vous pouvez demander en ligne un reçu d'impôt faisant état des réclamations présentées et des montants remboursés en vertu de votre régime d'assurance. Vous pourrez joindre ce reçu à votre déclaration de revenus.
- Pour les fins d'impôts, seul votre employeur peut vous fournir le total des primes que vous avez versées en regard du régime d'assurance collective. Consultez la personne responsable des assurances au service des ressources humaines de votre employeur.
- Savez-vous que, si vous êtes protégé en vertu de deux (2) régimes d'assurance collective, vous pouvez obtenir le remboursement complet de vos frais lorsque ceux-ci sont admissibles en vertu des deux (2) régimes? Présentez d'abord votre demande de prestations à l'assureur qui vous protège chez votre employeur principal. Sur réception du relevé de compte, produisez une photocopie de celui-ci, accompagné d'une copie de vos factures à votre autre assureur et le remboursement de la différence vous parviendra.
- Vous avez perdu votre formulaire de demande de prestations? Indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client.
- Utilisez en tout temps votre carte d'assurance en pharmacie et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance à l'un des numéros indiqués au verso de votre carte d'assurance.
- Tous les documents à jour (brochure, carte d'assurance, etc.) sont disponibles sur le site **Espace client** au beneva.ca/fr/espace-client.

Composition du comité paritaire intersectoriel (CPI) :

Représentants du gouvernement	Représentants des associations de cadres
Coprésident	Coprésident
Secrétaire du comité	
Actuaire	1 représentant des retraités
Fonction publique	
1 représentant	1 représentant
Santé et services sociaux	
2 représentants	3 représentants
Éducation	
3 représentants	2 représentants

Pour joindre les membres du comité paritaire intersectoriel

Secrétariat du Comité paritaire intersectoriel
875, Grande Allée Est, secteur 400
Québec (Québec) G1R 5R8

Conseil de votre comité**Magasinez le prix de vos médicaments!**

Pour réduire votre facture de médicaments et par le fait même avoir un effet sur le coût de la prime de votre régime collectif, il est important de magasiner le prix de vos médicaments. En effet, des différences considérables sont parfois observées d'une pharmacie à l'autre. Ainsi, nous vous conseillons de faire évaluer le coût des médicaments que vous consommez dans quelques pharmacies. Par la suite, vous serez en mesure de choisir celle qui s'avère la plus avantageuse pour vous en termes de coût et de qualité des services offerts.

NOTES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Espace client

2 minutes pour s'inscrire.

48 h pour recevoir un remboursement.

Qui dit mieux ?

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Connectez-vous à
beneva.ca/fr/espace-client

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à communiquer avec le Service à la clientèle de Beneva, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h.

2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2

1 877 651-8080

beneva