

Contrat A4999
En vigueur le 1^{er} avril 2025
FSSS (CSN) – Secteur public



L'Inukshuk est une figurine inuit
qui symbolise l'importance des relations
interpersonnelles et qui tend à nous
rappeler notre solidarité les uns envers
les autres.

Régime d'assurance collective



beneva

Protection des renseignements personnels

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, Beneva inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements concernant leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du régime, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations, ainsi que les réassureurs et toute autre personne que la personne adhérente aura autorisée ont accès à ce dossier. Beneva conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à Beneva inc., 2525, boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, Beneva peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

Beneva peut échanger des renseignements personnels avec ses mandataires et fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie, notamment pour traiter la plupart des demandes de prestations de médicaments, de soins dentaires et d'assurance voyage. Les mandataires et fournisseurs de services de Beneva doivent se soumettre à la politique de Beneva sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'une personne fait une demande de prestations, par exemple en utilisant sa carte d'assurance médicaments, elle consent à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à son égard aux fins décrites précédemment. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de l'assurance et la qualité des services que Beneva peut offrir.

Pour plus d'information, l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels peut être consulté sur le site Internet de Beneva au beneva.ca.

Document d'assurance

Toute personne adhérente a le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir une copie.

Note :

Bien que la présente brochure soit datée du 1^{er} avril 2025, il est à noter que la définition de « Période d'invalidité totale » prévue à l'article 5.1 a été modifiée au 1^{er} juillet 2021.

Table des matières

SOMMAIRE DES GARANTIES.....	1
1 - ASSURANCE SANTÉ	20
1.1 Crédit d'impôt	20
1.2 Exclusions, limitations et restrictions.....	21
2 - SOINS DENTAIREs	24
2.1 Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires	24
2.2 Évaluation préalable	30
2.3 Crédit d'impôt	30
2.4 Exclusions, limitations et restrictions.....	30
3 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	33
3.1 Montant de la prestation.....	33
3.2 Délai de carence	33
3.3 Durée de la prestation.....	33
3.4 Emploi de réadaptation.....	33
3.5 Indexation.....	34
3.6 Réduction.....	34
3.7 Exclusions	35
3.8 Preuves.....	35
4 - ASSURANCE VIE.....	36
4.1 Assurance vie de base et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA) de la personne adhérente	36
4.2 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.....	37
4.3 Assurance vie additionnelle	37
4.4 Assurance vie de la personne retraitée et de la personne conjointe de la personne retraitée	38
5 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	39
5.1 Définitions	39
5.2 Admissibilité à l'assurance	42
5.3 Participation à l'assurance	42
5.4 Demande d'adhésion et entrée en vigueur	45
5.5 Statut et niveau de protection	48
5.6 Droit d'exemption à l'assurance santé.....	48

5.7	Droit de retrait ou de renonciation à la garantie de soins dentaires.....	50
5.8	Droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée.....	50
5.9	Droit de retrait à l'assurance vie	51
5.10	Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires).....	52
5.11	Continuation de l'assurance et exonération des primes durant une période d'invalidité totale	54
5.12	Absences temporaires du travail	55
5.13	Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge.....	58
5.14	Terminaison de l'assurance	58
5.15	Droit de transformation en assurance vie.....	61
5.16	Personne retraitée – Régime d'assurance vie pour la personne retraitée et la personne conjointe de la personne retraitée	61
5.17	Personne retraitée réembauchée.....	62
5.18	Révision annuelle du pourcentage de temps travaillé.....	62
6 -	DEMANDES DE PRESTATIONS	64
6.1	Assurance santé	64
6.2	Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage.....	66
6.3	Soins dentaires.....	66
6.4	Assurance vie de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge	67
6.5	Assurance salaire de longue durée.....	67
6.6	Responsabilité civile et subrogation	67
6.7	Pour joindre Beneva	68
7 -	SERVICE INTERNET BENEVA	69
7.1	Espace client	69
7.2	Beneva Services mobiles	69

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le tableau ci-dessous résume les modalités de chacune des garanties. Pour une description plus complète des conditions applicables, veuillez consulter les autres dispositions de la présente brochure.

ASSURANCE SANTÉ
GÉNÉRALITÉS Le présent tableau décrit les frais qui sont admissibles en vertu de chacun des trois niveaux de protection de la garantie d'assurance santé (santé 1, santé 2 et santé 3), dans la mesure où sont également respectées les dispositions d'admissibilité des frais énoncées à la section 1 - « Assurance santé », ainsi que les dispositions de coordination et les exclusions, limitations et restrictions de la garantie d'assurance santé.
Lorsqu'un maximum de frais admissibles est exprimé, il doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour calculer le montant remboursable. Le remboursement maximal par année civile est égal au maximum que doit rembourser Beneva à l'égard de frais engagés au cours d'une même année civile. La mention CPRP (calcul du pourcentage de remboursement prévu) dans la colonne « PROTECTIONS » indique que le montant (palier) à partir duquel le pourcentage de remboursement prévu pour les médicaments passe à 100 % s'applique de manière combinée à l'ensemble des éléments ainsi identifiés.
Lorsqu'une prescription médicale est requise, la mention PR est indiquée dans la colonne « PROTECTIONS ». Dans ce cas, la prescription doit indiquer le nom du médicament ou, dans le cas d'autres produits ou services, le diagnostic, les raisons médicales et les indications thérapeutiques qui les justifient, de même que la durée prévue d'utilisation. <u>À moins d'indication contraire :</u> • les maximums indiqués dans ce tableau sont des maximums par personne assurée d'une part et par année civile d'autre part; • tout maximum indiqué dans une ligne donnée s'applique à l'ensemble des éléments indiqués dans la colonne « PROTECTIONS » de cette ligne et non à chacun de ces éléments pris séparément; • dans le cas des frais engagés auprès de professionnels de la santé, les frais admissibles se limitent à ceux d'un seul traitement par jour par profession de la santé.

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Médicaments			
Franchise par médicament prescrit	5 \$	5 \$	5 \$
Pourcentage de remboursement pour l'ensemble des articles auxquels est attribuée la mention CPRP	65 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursar de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat	75 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursar de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat	80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à déboursar de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat
Médicaments* PR et CPRP Liste RAMQ (santé 1) Liste régulière (santé 2 et santé 3)	Les mêmes médicaments que ceux qui sont couverts par le RGAM ⁽¹⁾ et selon les conditions qui y sont déterminées.	Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes : • Ils ont un numéro d'identification (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral. • Ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire. • Ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé conformément à la <i>Loi sur la pharmacie</i>. • Leur utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.	
Médicaments d'exception* PR et CPRP	Ceux qui font partie de la liste de médicaments dont le coût est couvert par le RGAM, selon les conditions et indications thérapeutiques qui sont précisées dans le règlement applicable au RGAM. Ces médicaments requièrent une autorisation préalable de Beneva.		

⁽¹⁾ RGAM signifie : Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Médicaments injectés en cabinet privé* PR et CPRP	Seul le coût de la substance injectée est admissible et non celui de l'acte médical ni celui de la portion du produit qui n'est pas effectivement injectée.
Produits antitabac* CPRP	Les produits couverts par le RGAM.
Services pharmaceutiques admissibles* PR et CPRP	Les services couverts par le RGAM.
Stérilets* PR et CPRP	Les produits portant un DIN, contenant un ingrédient actif médicinal et couverts par le RGAM.

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Produits pour les personnes diabétiques PR et CPRP	L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose pour glucomètres à lecture sporadique, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes : - le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de Beneva; - le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de Beneva.		
* Remboursement des médicaments innovateurs Si la personne assurée achète un médicament innovateur admissible pour lequel il existe une version générique sur le marché, son remboursement est calculé en fonction du coût du médicament générique le plus bas. Le montant qui entre dans le calcul du déboursé annuel est celui que la personne assurée aurait déboursé si elle avait acheté ce médicament générique moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir le remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur si la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. L'approbation de Beneva est requise. Un médicament innovateur est un médicament vendu sous sa marque de commerce d'origine, mais pour lequel il existe au moins un équivalent générique.			
<u>Paiement direct des frais de médicaments</u> La personne assurée peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations offert par Beneva. La marche à suivre pour l'utiliser est décrite à la section « 6 - Demandes de prestations ». Pour les grands utilisateurs de médicaments , certaines dispositions existent afin de limiter les montants déboursés mensuellement par l'assuré qui répond aux critères établis par Beneva. La personne assurée peut communiquer avec Beneva pour connaître les règles de participation.			
Injections sclérosantes PR et CPRP	Les substances fournies et administrées à des fins curatives et non esthétiques par un médecin. L'acte médical n'est pas couvert.		
Maximum	25 \$ de remboursement par traitement pour la substance injectée.		
Soins d'urgence			
Assurance voyage avec assistance	Les dispositions de l'assurance voyage se trouvent dans un document distinct intitulé « Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage », disponible en version électronique sur le site sécurisé dédié aux assurés au beneva.ca.		
Pourcentage de remboursement	100 %	100 %	100 %
Maximum	5000000 \$ de remboursement pour toute la durée du séjour.		

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Assurance annulation de voyage	Les dispositions de l'assurance voyage se trouvent dans un document distinct intitulé « Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage », disponible en version électronique sur le site sécurisé dédié aux assurés au beneva.ca.		
Pourcentage de remboursement	100 %	100 %	100 %
Maximum	5000 \$ de remboursement pour un même voyage.		
Transport par un service ambulancier CPRP	Lorsque l'état de santé de la personne le requiert, le transport terrestre, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près où les soins sont disponibles, y compris le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus immédiatement avant et durant le transport. Le transport par avion (ou par hélicoptère dans les cas où il n'est pas couvert par un tiers), par bateau ou par train est également couvert lorsqu'une partie ou la totalité du trajet doit s'effectuer par l'un de ces moyens si la personne assurée doit être alitée et occuper l'équivalent de deux sièges. La nécessité médicale doit alors être démontrée à la satisfaction de Beneva. Dans tous les cas, le transport doit être effectué par un ambulancier licencié.		
Pourcentage de remboursement	65 %	75 %	80 %
Maximum	Frais usuels et raisonnables.		
Frais médicaux divers			
Accessoires pour pompe à insuline PR	Non couvert	L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Appareil auditif	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		480 \$ de remboursement par période de 48 mois consécutifs.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Appareils d'assistance respiratoire et appareils thérapeutiques PR	Non couvert	La location. Sur entente préalable avec Beneva, les frais d'achat peuvent aussi être admissibles, de même que les frais de remplacement et de réparation. <u>Appareil d'assistance respiratoire</u> : Les articles doivent servir à remplacer, compenser ou améliorer les capacités fonctionnelles respiratoires de la personne assurée. <u>Appareils thérapeutiques</u> : Les articles doivent être nécessaires à la guérison ou au traitement de la personne assurée.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		10 000 \$ de remboursement à vie.	
Appareils orthopédiques PR et CPRP	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation. Pour être couverts à titre d'appareils orthopédiques, les articles doivent servir à soutenir ou maintenir une partie du corps afin de prévenir ou de corriger les difformités du corps ou de traiter les affections du squelette, des muscles ou des tendons. Ils doivent aussi être admis par Beneva à ce titre. Les orthèses du pied doivent être fournies par laboratoire spécialisé détenteur de permis émis par autorités légales.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Articles pour stomie PR et CPRP	Non couvert	L'achat.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Bas de contention PR	Non couvert	L'achat de bas de contention (20mm ou plus d'Hg) pour insuffisance du système veineux ou lymphatique et qui sont obtenus d'un établissement de santé ou d'une pharmacie.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		3 paires.	
Cannabis à des fins médicales PR	L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de cannabis à des fins médicales requiert une autorisation préalable de Beneva et est assujettie aux conditions suivantes : a. le cannabis à des fins médicales doit être prescrit par un médecin ou infirmier praticien aux termes de leurs définitions respectives prévues à la réglementation fédérale encadrant l'accès au cannabis à des fins médicales; et b. le cannabis à des fins médicales est couvert seulement si son utilisation correspond aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par Beneva; et c. la personne assurée doit soumettre à Beneva pour approbation, lors de la première demande de prestations et lors du renouvellement de la prescription par la suite : - le document médical autorisant l'usage du cannabis à des fins médicales de Santé Canada dûment complété par un médecin ou infirmier praticien autorisé; et - le formulaire « Demande d'autorisation de paiement » de Beneva dûment complété par la personne assurée et ce même médecin ou infirmier praticien autorisé; et d. le cannabis à des fins médicales doit être acheté uniquement auprès d'un titulaire de licence de vente dûment autorisé par Santé Canada.		
Pourcentage de remboursement	65 %	75 %	80 %
Maximum	2 000 \$ de remboursement.		

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Chaussures orthopédiques PR et CPRP	Non couvert	L'achat de chaussures : • conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger ou compenser un défaut du pied; ou • préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit; ou • nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne. Les chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Coût des additions ou modifications faites à des chaussures orthopédiques. Les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Chaussures profondes PR et CPRP	Non couvert	L'achat de chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied et être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures profondes ni comme des chaussures de type profond.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		150 \$ de remboursement.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Chirurgie d'affirmation de genre	Non couvert	Les frais engagés lors d'une intervention chirurgicale pratiquée par un médecin visant à modifier les caractéristiques sexuelles de la personne assurée dans le but de les harmoniser avec le genre ressenti par celle-ci. Les frais d'épilation par électrolyse ou par laser sont également admissibles. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes : - la personne assurée doit avoir obtenu un diagnostic de dysphorie de genre par un médecin; - l'intervention chirurgicale ou l'épilation doit être réalisée au Canada; - l'intervention chirurgicale ou l'épilation ne doit pas être couverte par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		10 000 \$ remboursables par année civile 30 000 \$ de remboursement à vie	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Non couvert	Les honoraires d'un chirurgien-dentiste, d'un spécialiste ou d'un denturologiste, pour réparation de dommages accidentels à des dents saines et naturelles ou pour traiter une mâchoire fracturée accidentellement. L'accident doit survenir pendant que la personne est assurée par le niveau de protection santé 2 ou santé 3. Les soins doivent débiter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident. Les frais relatifs à des implants ne sont pas admissibles ni les frais pour bris de dents survenus en mangeant. Toutefois, les frais de prothèses sur implants peuvent être reconnus comme admissibles jusqu'à concurrence du coût s'appliquant à un traitement alternatif. Ils sont payables seulement lors de la mise en bouche finale de la prothèse ou de l'implant.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Tarif recommandé par l'ACDQ pour l'année des traitements.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Cure de désintoxication PR	Non couvert	Les thérapies associées à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes : • la clinique doit être reconnue par Beneva; • la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif; • la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		50 \$ de remboursement par jour; 3 000 \$ de remboursement à vie.	85 \$ de remboursement par jour; 5 000 \$ de remboursement à vie.
Fauteuil roulant et marchette PR	Non couvert	La location ou l'achat, lorsque ce dernier est plus économique, pour combler un besoin temporaire.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Pour fauteuil roulant : Frais admissibles jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil non motorisé d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier.	
Glucomètre PR	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation. Les systèmes Flash de surveillance du glucose sont couverts sous les Produits pour les personnes diabétiques (voir page 3).	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		240 \$ de remboursement par période de 36 mois consécutifs.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Lentilles intraoculaires PR et CPRP	Non couvert	L'achat, si nécessaire pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Lit d'hôpital à usage domestique PR	Non couvert	La location ou l'achat, si plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Membres artificiels et prothèses externes PR et CPRP	Non couvert	La perte du membre naturel doit survenir lorsque la personne est assurée par la présente garantie. Ne sont pas couverts à ce titre les articles dont les frais sont déjà prévus sous une autre rubrique du présent tableau.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Neurostimulateur transcutané (TENS) PR	Non couvert	L'achat, la location, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		560 \$ de remboursement par période de 60 mois consécutifs.	
Pompe à insuline PR	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		6400 \$ de remboursement par période de 60 mois consécutifs.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Prothèse capillaire PR	Non couvert	L'achat d'une prothèse capillaire initiale acquise en raison : • des suites d'une chimiothérapie; ou • de toute forme d'alopécie, à la condition que la prothèse soit requise pour des raisons médicales seulement.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		300 \$ de remboursement à vie.	
Prothèse mammaire PR et CPRP	Non couvert	L'achat, si nécessaire par suite de mastectomie.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Soutien-gorge postopératoire PR	Non couvert	L'achat, par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		200 \$ de remboursement à vie.	
Stérilet PR et CPRP	Ceux qui ne sont pas couverts par la protection d'assurance médicaments de la présente garantie.		
Pourcentage de remboursement	65 %	75 %	80 %
Maximum	Frais usuels et raisonnables.		

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Transport et hébergement au Québec pour consulter un médecin spécialiste ou recevoir un traitement spécialisé PR et CPRP	Le transport d'au moins 400 kilomètres (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe et le moins loin possible de ce lieu de résidence, puis hébergement dans un établissement public. Aussi, si la personne assurée a moins de 18 ans, transport d'un parent qui l'accompagne. - Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations. - En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence sont exigés. - Un rapport signé par le médecin traitant et démontrant la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipulant le lieu de la consultation ou du traitement doit être reçu par Beneva. Il doit être démontré à la satisfaction de Beneva que le médecin spécialiste et le traitement spécialisé ne sont pas disponibles dans la région, puis que l'hébergement est nécessaire si des frais d'hébergement sont réclamés.		
Pourcentage de remboursement	65 %	75 %	80 %
Maximum	48 \$ de remboursement par jour; 1 000 \$ de remboursement. Frais admissibles de transport limités au coût moyen du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé.		
Professionnels de la santé			
Frais couverts : Les honoraires pour services en clinique privée.			

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Diététiste	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum de remboursement regroupé de 750 \$ De plus, pour la kinésithérapie, la massothérapie et l'orthothérapie : maximum de 65 \$ de remboursement/ traitement
Nutritionniste			
Kinésithérapie (incluant la kinothérapie)			
Massothérapie			
Orthothérapie			
Acupuncture		75 %, maximum de remboursement regroupé de 500 \$	
Chiropractie (y compris les radiographies)			
Ostéopathie			
Physiothérapie			
Thérapie de réadaptation physique			
Podiatrie			

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Audiologie	Non couvert	75 %, maximum de 20 visites	80 %, maximum de 20 visites
Ergothérapie		75 %, maximum de 20 visites	80 %, maximum de 20 visites
Orthophonie		75 %, maximum de 20 visites	80 %, maximum de 20 visites
Psychanalyse		50 %, maximum de 1 000 \$ de remboursement	50 %, maximum de 1 500 \$ de remboursement
Psychiatrie			
Psychoéducation			
Psychologie			
Psychothérapie			
Service d'un conseiller en orientation			
Travail social			
Soins de la vue			
Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	Les frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste.
Pourcentage de remboursement			80 %
Maximum			Adultes et enfants à charge de 18 ans et plus : 80 \$ de remboursement par période de 36 mois consécutifs

ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
• Correction visuelle au laser • Lentilles cornéennes • Lunettes PR	Non couvert	Non couvert	Une prescription doit être obtenue d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste. La chirurgie au laser doit être effectuée pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie.
Pourcentage de remboursement			80 %
Maximum			Adultes et enfants à charge de 18 ans et plus : 400 \$ de remboursement par période de 36 mois consécutifs

SOINS DENTAIRES	
GÉNÉRALITÉS	
Le présent tableau décrit les frais qui sont admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.	
Le remboursement maximal par année civile est égal au maximum que doit rembourser Beneva à l'égard de frais engagés au cours d'une même année civile.	
À moins d'indication contraire :	
- les maximums indiqués dans ce tableau sont des maximums par personne assurée d'une part et par année civile d'autre part; - tout maximum indiqué dans une ligne donnée s'applique à l'ensemble des éléments indiqués dans la colonne « PROTECTIONS » de cette ligne et non à chacun de ces éléments pris séparément.	
PROTECTIONS	DESCRIPTION
Soins dentaires de base	- Diagnostic - Prévention et appareil de maintien - Restauration mineure - Parodontie - Chirurgie buccale - Anesthésie locale Voir article 2.1 « Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires » .
Pourcentage de remboursement	80 % Les frais admissibles de laboratoire sont cependant limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné.
Maximum	Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements.
SOINS DENTAIRES (suite)	
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.	
PROTECTIONS	DESCRIPTION
Soins dentaires de restauration	- Restauration majeure - Endodontie - Prothèses fixes - Prothèses amovibles Voir article 2.1 « Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires » .
Pourcentage de remboursement	60 %
Maximum	1 000 \$ de remboursement. Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

GÉNÉRALITÉS

Le présent tableau décrit la protection d'assurance salaire de longue durée, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.

PROTECTIONS	DESCRIPTION
Option O	
Prestation payable	80 % de la prestation nette reçue de l'employeur à la 105 ^e semaine d'invalidité
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans
Option O+	
Prestation payable	90 % de la prestation nette reçue de l'employeur à la 105 ^e semaine d'invalidité
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans

ASSURANCE VIE	
GÉNÉRALITÉS	
Le présent tableau décrit la protection d'assurance vie, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.	
PROTECTIONS	DESCRIPTION
Assurance vie de base de la personne adhérente	1 fois le salaire annuel assurable
DMA (Décès ou mutilation accidentels) de base de la personne adhérente	Décès accidentel = 1 fois le salaire annuel assurable Mutilation accidentelle = de 10 % à 100 % du salaire annuel assurable, selon la perte subie
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	1 à 5 fois le salaire annuel assurable
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	5 000 \$ / décès; si la personne adhérente fait la démonstration qu'elle n'a pas de conjoint au moment du décès : 10 000 \$ / enfant décédé
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	1 à 10 unités de 10 000 \$

1 - ASSURANCE SANTÉ

Les frais couverts en vertu de l'assurance santé sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services nécessaires au traitement de la personne assurée en raison d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse, d'une complication de grossesse, d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, et, lorsque spécifié, qui ont été prescrits par un médecin.

Les frais ne doivent pas excéder les **frais usuels et raisonnables** normalement payés pour les services dans la région où ils sont rendus. Ils doivent s'appliquer à des soins communément rendus pour une condition comparable.

Limitations – Services de professionnels de la santé

Pour être admissibles, les frais se rapportant aux soins et traitements de professionnels de la santé doivent être engagés pour des honoraires payables à une personne qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements assurés qu'elle a rendus, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente reconnue par Beneva. Les frais admissibles ne couvrent qu'un seul traitement par jour par profession de la santé pour une même personne assurée. Le professionnel de la santé et la personne assurée ne doivent pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.

1.1 Crédit d'impôt

La portion de certains frais médicaux non remboursée par l'assurance santé, les primes d'assurance santé ainsi que certains autres frais médicaux peuvent donner droit à un crédit d'impôt provincial et fédéral.

Pour plus de renseignements, la personne assurée peut consulter la revue IN-130 sur les frais médicaux, disponible sur le site du ministère du Revenu du Québec au www.revenu.gouv.qc.ca, de même que la trousse d'impôt la plus récente sur le site de l'Agence du revenu du Canada au www.cra-arc.gc.ca.

1.2 Exclusions, limitations et restrictions

1.2.1 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble de l'assurance santé

L'assurance santé ne prévoit aucun remboursement dans les cas suivants :

- a. Pour les services ou articles qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.
- b. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente assurance.
- c. Pour les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé.
- d. Pour les produits ou services utilisés 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.
- e. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles esthétiques non expressément couverts par la présente garantie.
- f. Pour la contribution financière imposée aux personnes admissibles à la gratuité des frais de médicaments en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.
- g. Pour les frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement.
- h. Pour les services ou produits liés au traitement du tabagisme et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- i. Pour les vaccins ou soins, services ou produits de nature préventive et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- j. Pour les frais liés à l'insémination artificielle, au traitement de l'infertilité ou à la fécondation in vitro et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- k. Pour les frais d'achat de contraceptifs autres qu'oraux et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- l. Pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception de celles couvertes en vertu de la protection « Chirurgie d'affirmation de genre », des lentilles intraoculaires et des prothèses mammaires par suite de mastectomie.
- m. Pour les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou des services dans les forces armées, ou qui résultent directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile, peu importe que la guerre soit déclarée ou non.

Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes, sont déduites de toutes prestations payables en vertu de la présente garantie d'assurance santé.

1.2.2 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à la protection « médicaments ».

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble de la garantie d'assurance santé s'ajoute l'exclusion des produits suivants pour la protection « médicaments », et cela peu importe que les produits en question soient considérés comme des médicaments ou non :

- a. Les produits utilisés à des fins cosmétiques ou pour l'hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux.
- b. Les médicaments obtenus par l'entremise du programme fédéral de médicaments d'urgence.
- c. Les produits homéopathiques et les produits dits naturels.
- d. Les produits antitabac, à l'exception de ceux qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM).
- e. Les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et selon les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de Beneva toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- f. Les écrans solaires ou lotions auto-bronzantes.
- g. Les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas leur entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés.
- h. Les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.
- i. Les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile et administrés uniquement par voie orale.

Les exclusions, limitations et restrictions ne doivent en aucun cas rendre la protection médicaments de la présente assurance santé plus restrictive que l'assurance du RGAM.

1.2.3 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à la protection « Cannabis à des fins médicales ».

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble de l'assurance santé s'ajoute les exclusions suivantes :

Ne sont pas considérés comme des frais admissibles :

- a. les frais liés à la production du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, le coût des graines et plants de cannabis à des fins médicales);
- b. les frais liés à l'administration du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, le coût de vaporisateurs, de pipes à eau et du papier à rouler);
- c. les frais administratifs liés à la prescription ou à l'obtention du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, les frais d'ouverture de dossier, de poste, de consultation et de référencement).

2 - SOINS DENTAIRES

Les frais couverts en vertu de la garantie de soins dentaires sont ceux qui s'appliquent à des soins dentaires expressément couverts, qui sont rendus par un chirurgien dentiste légalement reconnu ou un denturologiste légalement autorisé.

Les frais dentaires admissibles sont limités aux tarifs suggérés dans le guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Beneva offre le système de transmission électronique des demandes de prestations à paiement direct pour les soins dentaires. Les détails relatifs à son utilisation sont présentés à la section 6 « Demandes de prestations ».

2.1 Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires

2.1.1 Soins dentaires de base remboursables à 80 %

1) Diagnostic

a) Examen buccal clinique

- i) examen de rappel ou périodique : un examen par période de 9 mois
- ii) examen complet : un examen par période de 36 mois
- iii) examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- iv) examen d'urgence : 2 examens par année civile
- v) examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

(Un seul examen de rappel, périodique ou complet par période de 9 mois)

b) Radiographies

i) Film intra-oral

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale
- pellicule des tissus mous

ii) Film extra-oral

- pellicule extra-orale
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
- pellicule céphalométrique
- examen des sinus

- sialographie
 - utilisation d'une substance radio-opaque pour démontrer les lésions
 - articulation temporo-mandibulaire
 - duplicata de radiographies ou dossiers : 2 fois par année civile
- c) Tests, examens de laboratoire et modèles de diagnostic
- i) test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
 - ii) test bactériologique
 - iii) test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
 - vi) test cytologique
 - v) modèles de diagnostic (exclus si associés à un traitement de restauration, prothèses ou autres)
- 2) Prévention et appareils de maintien
- a) Prévention
- i) Polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 9 mois
 - ii) Détartrage : une fois par période de 9 mois
 - iii) Application topique de fluorure : une fois par période de 9 mois (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)
 - iv) Analyse de la diète et recommandation : une fois à vie
 - v) Instruction initiale d'hygiène buccale : une fois à vie
 - vi) Reprise des conseils d'hygiène buccale : une fois à vie
 - vii) Programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois à vie
 - viii) Finition des obturations
 - ix) Scellants de puits et fissures, seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes des enfants de moins de 14 ans : une fois par période de 36 mois pour une même dent
 - x) Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant une anesthésie
 - xi) Meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)
 - xii) Améloplastie à des fins non esthétiques (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)

b) Appareils de maintien et correction des habitudes buccales *

- i) Appareil de maintien
 - un appareil fixe ou amovible par période de 24 mois
- ii) Correction des habitudes buccales
 - un appareil fixe ou amovible par période de 24 mois
 - une évaluation myofonctionnelle par période de 24 mois
 - motivation du patient : une fois à vie
 - myothérapie : 5 fois à vie

* Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ces actes.

3) Restauration mineure *

- a) Pansement sédatif
- b) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
- c) Collage ou cimentation d'un fragment de dent brisé : 2 fois par année civile, par dent
- d) Restauration préventive en résine : une fois par période de 12 mois pour une même dent
- e) Restauration en amalgame ou en composite
- f) Tenons par restauration
- g) Facette fabriquée en laboratoire : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- h) Supplément pour une restauration en amalgame/composite sous le crochet d'une prothèse existante

* Une même surface ou classe sur une même dent est prévue par l'assurance une fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

4) Parodontie

- a) Traitements d'infection ou d'inflammation aiguë
- b) Désensibilisation
- c) Chirurgie parodontale (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée)
- d) Curetage gingival et surfaçage radiculaire : une fois par dent, par année civile
- e) Jumelage (pour jumelage avec appui métallique, voir l'article 1) h) du paragraphe « Soins dentaires de restauration remboursables à 60 % »)

- f) Équilibrage de l'occlusion : un majeur et 3 mineurs par année civile
 - g) Appareil parodontal pour le bruxisme : une fois par période de 48 mois
 - h) Réparation d'appareil pour le bruxisme : une fois par année civile
 - i) Regarnissage d'appareil pour le bruxisme
 - j) Irrigation parodontale
- 5) Chirurgie buccale
- a) Ablation de dent ayant fait éruption, avec ou sans complication
 - b) Supplément pour points de suture
 - c) Ablation de dent incluse, racines et portions d'une dent
 - d) Exposition chirurgicale d'une dent, déplacement chirurgical d'une dent, énucléation
 - e) Alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
 - f) Ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
 - g) Extension des replis muqueux
 - h) Incision et drainage
 - i) Frénectomie
 - j) Dislocation de la mandibule
 - k) Traitement des glandes salivaires
 - l) Chirurgie ou traitement des sinus
 - m) Contrôle d'hémorragie
 - n) Traitement post-chirurgical
- 6) Services généraux
- a) Traitement palliatif de douleurs dentaires
 - b) Responsabilité et durée requises en sus d'un acte courant
 - c) Anesthésie locale

2.1.2 Soins dentaires de restauration remboursables à 60 %

1) Restauration majeure et prothèse fixe

- a) Aurification : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- b) Incrustation et tenon de rétention : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- c) Couronne individuelle
- d) Couronne en acier inoxydable préfabriquée, en polycarbonate ou autre matériel similaire : une fois par période de 12 mois pour une même dent
- e) Capuchon, métal précieux ou non : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- f) Pivot préfabriqué et corps coulé
- g) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne
- h) Jumelage avec appui métallique : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- i) Supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle
- j) Enlèvement d'un pivot déjà cimenté
- k) Réparation d'une couronne, facette
- l) Recimentation d'une incrustation, couronne, facette : 2 fois par année civile pour une même dent

2) Endodontie

- a) Urgence endodontique
 - i) Pulpotomie
 - ii) Pulpectomie
 - iii) Ouverture et drainage
- b) Traumatisme endodontique, réimplantation, reposition, préparation de la dent en vue d'un traitement
- c) Thérapie canalaire et chirurgie endodontique périapicale

3) Prothèse amovible

- a) Prothèse complète
- b) Prothèse partielle
- c) Ajustement d'une prothèse
- d) Remontage et équilibrage : une fois par période de 48 mois, par maxillaire
- e) Ajout de structure à une prothèse partielle
- f) Obturateur palatin : une fois par période de 48 mois
- g) Nettoyage et polissage d'une prothèse
- h) Duplicata d'une prothèse
- i) Rebasage et regarnissage
- j) Garnissage temporaire thérapeutique
- k) Réparation avec ou sans empreinte
- l) Remplacement des dents d'une prothèse
- m) Réfection de prothèse partielle
- n) Analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle : une fois par période de 48 mois

4) Pont fixe

- a) Pontique
- b) Pilier
- c) Appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette ou Monarch
- d) Pilier, incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
- e) Barres de rétention pour fixer à des capuchons : une fois par période de 48 mois
- f) Couronne télescopique
- g) Attache de précision
- h) Sectionnement d'un pilier ou pontique
- i) Décimentation d'un pont devant être recimenté, immobilisation
- j) Recimentation : 2 fois par année civile, par dent
- k) Réparation

5) Implant

Les prothèses sur implants peuvent être reconnues comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à un traitement alternatif équivalent prévu à la garantie, et payable seulement lors de la mise en bouche finale de la prothèse sur implant.

2.2 Évaluation préalable

Lorsque le coût d'un traitement excède 800 \$ ou, entre autres, lorsque les services prévus sont des soins de restauration majeure, un plan de traitement et des radiographies peuvent être soumis à Beneva avant le début des traitements. Cette démarche permet d'établir si les soins prévus sont admissibles et à quel montant de prestations la personne assurée pourrait s'attendre, le cas échéant.

2.3 Crédit d'impôt

La portion de certains frais de soins dentaires non remboursée par la garantie de soins dentaires ainsi que les primes de la garantie de soins dentaires peuvent donner droit à un crédit d'impôt provincial et fédéral. Pour plus de renseignements, la personne assurée peut consulter la revue IN-130 sur les frais de soins dentaires, disponible sur le site du ministère du Revenu du Québec au www.revenu.gouv.qc.ca, de même que la trousse d'impôt la plus récente sur le site de l'Agence du revenu du Canada au www.cra-arc.gc.ca.

2.4 Exclusions, limitations et restrictions

2.4.1 La garantie de soins dentaires ne prévoit aucun remboursement dans les cas suivants :

- a. Pour les services ou articles qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.
- b. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie.
- c. Pour les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.).
- d. Pour les produits ou services utilisés 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.
- e. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles esthétiques non expressément couverts par la présente garantie; à cet égard, la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence ne sont pas couverts par la présente garantie.

- f. Pour les frais engagés pour des actes et traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.).
- g. Un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale. Dans le cas d'un appareil intra-oral, une partie des frais est cependant admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme.
- h. Un rendez-vous non respecté, la rédaction de demandes de règlement, un plan de traitement, un rapport écrit, des frais de déplacement, des frais pour identification judiciaire, une convocation en cour à titre de témoin expert ou des consultations téléphoniques.
- i. Un appareil destiné à être utilisé dans l'exercice d'un sport (protecteur buccal).
- j. Un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil.
- k. Des chapes de transfert.
- l. Des couronnes, pontiques ou piliers de transition.
- m. L'ablation de couronne et de pont ne devant pas être recimenté.
- n. Des tests de susceptibilité à la carie ou des prélèvements et observations microscopiques de la plaque bactérienne.
- o. Des photographies diagnostiques.
- p. Des services ou produits qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement.
- q. Des frais effectivement payés en vertu d'un régime d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté en regard de ces lois, régimes ou programmes.

Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes, sont déduites de toutes prestations payables en vertu de la présente garantie de soins dentaires.

- 2.4.2** Si une personne assurée change de dentiste ou de denturologiste en cours de traitement, ou si elle doit être transférée à un autre dentiste ou denturologiste, ou s'il y a plus d'un dentiste ou denturologiste qui participe à un même traitement, le montant des prestations payables par Beneva à l'égard de ce traitement sera limité à celui qui aurait été payable si les services avaient été rendus par un seul dentiste ou denturologiste.

- 2.4.3** Dans les cas où un corps coulé, une couronne, une prothèse amovible ou un pont fixe font l'objet de prestations, aucun traitement de remplacement ne peut faire l'objet de frais admissibles si la mise en bouche a lieu dans les 48 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente (partielle ou complète) peut être remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.
- 2.4.4** Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement couvert par l'assurance, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée et à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.
- 2.4.5** Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

3 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Cette garantie complète le régime d'assurance salaire prévu à la convention collective de travail et procure à la personne adhérente invalide une prestation jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance si une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

3.1 Montant de la prestation

Le montant initial de la prestation est calculé en fonction d'un pourcentage de la prestation nette qui est ou qui serait payable par l'employeur à la 105^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective.

Quelle que soit l'option choisie, la prestation d'assurance salaire est non imposable.

3.1.1 Option O

Le pourcentage utilisé pour établir la prestation payable est de 80 %.

3.1.2 Option O+

Le pourcentage utilisé pour établir la prestation payable est de 90 %.

3.1.3 Salaire de moins de 10 000 \$

Dans le cas d'une personne salariée à temps partiel gagnant moins de 10 000 \$ par année, le revenu de toutes sources qu'une personne adhérente invalide reçoit servant à établir le montant de la prestation est fixé à 10 000 \$, dans la mesure où le salaire moyen est supérieur à 0 \$ au cours des 12 dernières semaines précédant le début de l'invalidité totale.

3.2 Délai de carence

Le délai de carence est de 105 semaines.

3.3 Durée de la prestation

Après l'expiration du délai de carence, la prestation est versée mensuellement tant que subsiste l'invalidité totale jusqu'au dernier jour du mois où la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

3.4 Emploi de réadaptation

La personne adhérente totalement invalide peut s'engager, avec l'accord de Beneva, dans un emploi qui favorise sa réadaptation. La prestation payable est alors réduite de 50 % du revenu brut que la personne retire d'un tel emploi.

Le total de la prestation payée et de la rémunération reçue lors d'un travail de réadaptation ne peut excéder 100 % du salaire mensuel net de la personne adhérente au début du versement de la prestation d'assurance salaire.

3.5 Indexation

Lorsqu'une prestation a été payée par Beneva pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité totale, le montant de la prestation mensuelle alors payé est indexé le 1^{er} janvier de chaque année subséquente selon les mêmes modalités que celles du Régime de rentes du Québec, sous réserve d'un ajustement annuel maximal de 3 %.

3.6 Réduction

La prestation payée par Beneva est réduite des montants suivants :

a) Rémunération de l'employeur

Toute rémunération reçue de l'employeur, à l'exception des sources de revenus suivantes :

- remboursement de jours de vacances;
- toute somme d'argent provenant de la banque de congés de maladie de la personne adhérente utilisée à des fins spécifiques de rachat de service passé dans un régime de retraite, dans la mesure où le régime de retraite concerné le permet.

b) Rentes de retraite

65 % de la rente de retraite brute que la personne salariée reçoit en vertu d'un régime de retraite de l'employeur ou, si elle ne reçoit pas cette rente de retraite, de celle qu'elle pourrait recevoir sans réduction actuarielle si elle a cessé de bénéficier de l'exonération des cotisations en cas d'invalidité prévue au régime de retraite de l'employeur.

Cependant, lorsqu'une personne employée non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée et décide de transférer la valeur présente de ladite rente dans un compte de retraite immobilisé (CRI), Beneva réduit la rente mensuelle payable par la présente garantie de tout montant reçu d'un fonds de revenu viager (FRV) ou d'une rente viagère obtenue par la conversion des sommes accumulées dans le CRI. Les sommes alors considérées dans le CRI sont uniquement celles transférées du régime de retraite privé en vigueur au début de l'invalidité.

c) Prestations d'un régime public ou d'une loi sociale

Toute prestation payable par le Régime de rentes du Québec ou par le Régime de pensions du Canada, ou en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, de la Loi sur l'assurance emploi, de la Loi sur l'assurance parentale, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre loi sociale.

3.7 Exclusions

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité :

- pendant laquelle la personne adhérente n'observe pas les recommandations établies par son médecin traitant, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de Beneva;
- pendant laquelle la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sous réserve de l'encadré qui suit;

La personne adhérente peut être admissible à des prestations si elle occupe un emploi de réadaptation prévu à l'article 3.4 « **Emploi de réadaptation** » ou si elle occupe une fonction ou un travail dont les revenus sont inférieurs à 10 % du maximum des gains admissibles (MGA) déterminé par la Régie des rentes du Québec pour l'année alors en cours. Dans ce dernier cas, si la personne adhérente répond à la définition d'invalidité totale, ses revenus ne viennent pas réduire les prestations d'assurance salaire de longue durée.

- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou de service dans les forces armées. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité totale.

De plus, un retrait préventif relatif à la grossesse ou à l'allaitement approuvé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) n'est pas reconnu comme une période d'invalidité totale aux fins de la présente garantie.

3.8 Preuves

Beneva peut demander à la personne adhérente de fournir des preuves supplémentaires ou de se soumettre à un examen médical dont la date est déterminée par Beneva. Cette demande est alors transmise par écrit.

Si la personne néglige ou refuse de se soumettre à une telle demande, elle perd le droit de recevoir des prestations relativement à l'invalidité en cause, et cela pour la période s'étendant de la fin d'un délai de 31 jours à compter de la demande écrite qui a été faite à la personne adhérente jusqu'à la date à laquelle Beneva reçoit effectivement les preuves supplémentaires ou le rapport de l'examen médical demandé.

Si la personne adhérente ne se soumet pas à une telle demande de Beneva dans un délai de 6 mois, elle perd tout droit de recevoir des prestations d'assurance salaire relativement à son invalidité, et cela rétroactivement à la date de la demande initiale qui lui avait été faite par Beneva.

4 - ASSURANCE VIE

4.1 Assurance vie de base et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA) de la personne adhérente

4.1.1 Assurance vie de base de la personne adhérente

Au décès de la personne adhérente, le bénéficiaire qu'elle a désigné (ou, à défaut, la succession de la personne adhérente) reçoit un montant d'assurance vie correspondant à une fois le salaire annuel assurable de la personne adhérente.

4.1.2 Limitation

Si la personne adhérente se suicide dans les 12 mois suivant immédiatement l'entrée en vigueur du montant d'assurance vie qu'elle a demandé plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, ce montant d'assurance n'est pas payable. Beneva rembourse alors les primes perçues pour le montant concerné.

4.1.3 Assurance en cas de DMA de la personne adhérente

En cas de décès accidentel ou de perte accidentelle d'un membre, le bénéficiaire désigné ou la personne adhérente reçoit, pour les pertes décrites au tableau suivant, un pourcentage déterminé du salaire annuel assurable de la personne adhérente, et ce, sans excéder 100 % de ce salaire.

Perte accidentelle	Pourcentage du salaire assurable
Décès accidentel	100 %
Perte (incluant aussi la perte d'usage) :	
• des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
• d'une main et d'un pied	100 %
• d'une main ou d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
• d'une main ou d'un pied	50 %
• de la vue d'un œil	50 %
• d'un doigt ou d'un orteil	10 %

4.1.4 Exclusions pour DMA

Si une perte est attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes, aucun montant d'assurance n'est payable en vertu de la présente garantie :

- a) Suicide, tentative de suicide ou blessure que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit.
- b) Participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels ou à une guerre ou guerre civile, déclarée ou non.
- c) Voyage ou envolée dans n'importe quel sorte d'aéronef lorsque la personne adhérente est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative au vol en question.
- d) Service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- e) Lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie).
- f) Empoisonnement ou intoxication.

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

Au décès de la personne conjointe ou d'un enfant à charge, la personne adhérente reçoit l'un des montants d'assurance vie suivants :

- 5 000 \$ en cas de décès de la personne conjointe;
- 5 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge âgé de plus de 24 heures.

Advenant le décès d'un enfant à charge, si la personne adhérente n'a pas de personne conjointe au moment de l'événement après acceptation des pièces justificatives par Beneva, le montant versé est majoré à 10 000 \$.

4.3 Assurance vie additionnelle

4.3.1 Personne adhérente

La personne adhérente détenant l'assurance vie de base peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie jusqu'à cinq fois son salaire annuel assurable.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par Beneva sont toujours requises.

4.3.2 Personne conjointe

Lorsque la personne adhérente détient un montant d'assurance vie de base pour elle-même, elle peut assurer sa personne conjointe pour un montant d'assurance vie additionnelle égal à un multiple de 10 000 \$, mais qui ne peut excéder 100 000 \$.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par Beneva sont toujours requises.

4.3.3 Limitation

Si la personne adhérente ou sa personne conjointe se suicide dans les 12 mois suivant immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie qui ont été demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité, ces montants d'assurance ne sont pas payables. Beneva rembourse alors les primes perçues pour les montants concernés.

4.3.4 Tarification

La tarification de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente tient compte de l'âge, du sexe et des habitudes tabagiques de la personne adhérente.

La tarification de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe tient aussi compte de l'âge de la personne adhérente, mais est basée sur le sexe et les habitudes tabagiques de la personne conjointe.

Pour se prévaloir de la tarification réduite offerte à la personne non fumeuse, la déclaration de personne non fumeuse apparaissant sur le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » ou sur le formulaire « Déclaration de non-fumeur » doit être signée par la personne concernée. Ces formulaires sont disponibles auprès de l'employeur. En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

4.4 Assurance vie de la personne retraitée et de la personne conjointe de la personne retraitée

Des montants d'assurance vie sont offerts lors de la retraite de la personne adhérente. Pour plus de renseignements à ce sujet, la personne adhérente peut consulter le dépliant intitulé « Régime facultatif d'assurance vie collective à l'intention de la personne retraitée et de sa personne conjointe », disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés (voir section 6 « Demandes de prestations » pour en savoir davantage sur ce service).

5 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

5.1 Définitions

« **Accident** » : Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

« **Employeur** » : établissement membre d'une association patronale mentionnée à la définition de « convention collective », ou tout employeur ou catégorie d'employeur accepté par le Comité.

« **Événement** » :

- la perte involontaire du régime d'assurance maladie ayant permis l'exemption;
- le mariage, l'union civile ou la cohabitation depuis un an;
- la naissance, l'adoption ou l'exercice de l'autorité parentale d'un premier enfant;
- la perte involontaire de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- la séparation;
- le divorce;
- la fin de l'admissibilité ou le décès de la personne conjointe ou d'un enfant à charge.

« **Hôpital** » : centre hospitalier, au sens des lois et des règlements sur les services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q. ch. S-4.2 et ch. S-5). Par centre hospitalier, on entend une installation ou un département où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves, ainsi que toute partie réservée aux soins de longue durée. Le terme désigne aussi tout établissement situé à l'extérieur du Québec et qui répond aux mêmes normes.

« **Invalidité totale** » : à compter de la 105^e et jusqu'à la 208^e semaine d'une même période d'invalidité totale, un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires liés à la planification familiale, ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état d'incapacité fasse l'objet d'un suivi médical et rende la personne adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et qui comporte une rémunération similaire.

Par la suite, on entend par « invalidité totale » un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état rende la personne adhérente totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle son éducation, sa formation ou son expérience l'ont raisonnablement préparée, et cela, sans égard à la disponibilité d'emploi.

« **Médecin** » : toute personne légalement autorisée à pratiquer à titre de médecin à l'endroit où elle pratique.

« **Période d'invalidité totale** » : toute période continue d'invalidité totale ou de périodes successives d'invalidité totale séparées par une période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne adhérente n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente.

Cette période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet doit être :

- de moins de 15 jours si la durée de l'invalidité totale est inférieure à 78 semaines; et
- de moins de 45 jours si la durée est de 78 semaines ou plus.

Les périodes de réadaptation durant le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée n'ont pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité totale.

« **Personne adhérente** » : la personne salariée qui participe à l'assurance.

« **Personne assurée** » : toute personne admise à l'assurance, que ce soit à titre de personne adhérente ou de personne à charge.

« **Personne à charge** » :

a) Personne conjointe

Se dit des personnes :

- qui sont mariées ou unies civilement et qui cohabitent;
- qui vivent maritalement ensemble et sont les père et mère d'un même enfant;
- de sexe différent ou de même sexe et qui vivent maritalement ensemble depuis au moins un an.

Cependant, la dissolution du mariage par divorce ou annulation ou l'annulation de l'union civile, fait perdre ce statut de personne conjointe de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas d'une union de fait. La personne adhérente qui ne cohabite pas avec sa personne conjointe peut désigner une autre personne en lieu et place du conjoint légal si cette personne répond à la définition précédente.

b) Enfant à charge

Un enfant de la personne adhérente ou de la personne conjointe ou des deux, non marié ni uni civilement et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de la personne adhérente pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 18 ans;
- être âgé de 25 ans ou moins et fréquenter à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit une maison d'enseignement reconnue;
- quel que soit l'âge de l'enfant, avoir été frappé d'invalidité totale lorsqu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et être demeuré continuellement invalide depuis lors;
- quel que soit l'âge de l'enfant, être majeur, sans conjoint, atteint d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le RGAM, déficience qui doit être survenue avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 18 ans, ne recevoir 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*, être domicilié chez la personne adhérente et être une personne sur qui la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur.

Est également considéré comme enfant à charge un enfant célibataire à l'égard duquel la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur.

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire maintient son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités décrites à l'article 5.13 « **Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge** » de la présente brochure.

Le terme « enfant à charge » s'applique également à tout enfant légalement adopté ou pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises ou une ordonnance de placement a été délivrée, conformément au régime d'adoption.

« **Personne salariée** » : toute personne salariée assujettie à une convention collective visée par le présent régime d'assurance collective.

« **Régimes autoassurés de la convention collective** » : régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévus à la convention collective.

« **Salaire (aussi nommé « salaire assurable »)** » : salaire suivant le taux de l'échelle applicable à la personne adhérente selon la convention collective incluant, s'il y a lieu, toutes les primes pour disparités régionales et toute rémunération additionnelle prévue à la convention collective et servant lors du calcul de la prestation d'assurance salaire.

« **Beneva** » : Beneva inc.

« **Subrogation** » : Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

5.2 Admissibilité à l'assurance

5.2.1 Admissibilité d'une personne salariée

La personne salariée devient admissible au régime collectif assuré auprès de Beneva en même temps qu'elle devient admissible aux régimes autoassurés de sa convention collective.

Malgré le paragraphe précédent, la personne salariée devient admissible au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé après un mois de service continu.

Toutefois, la personne salariée est admissible immédiatement lorsqu'après avoir quitté un employeur de façon définitive, elle revient chez le même employeur ou commence à travailler pour un nouvel employeur dans les 30 jours civils suivant son départ, et ce, à l'intérieur du réseau de la Santé et des Services sociaux.

Dans ces cas, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée par Beneva, à l'exception de celles prévues lors d'un changement de participation à l'une des garanties d'assurance salaire de longue durée à la suite d'une renonciation ou d'assurance vie à la suite d'un retrait.

Une personne à charge devient admissible à la date d'admissibilité de la personne salariée ou lorsqu'elle devient une personne à charge, si elle le devient ultérieurement.

5.2.2 Admissibilité d'une personne retraitée réembauchée

Aucune personne retraitée réembauchée n'est admissible à l'assurance du présent régime, sauf pour l'assurance vie de la personne retraitée et pour l'assurance vie de la personne conjointe d'une personne retraitée, qu'elle peut maintenir, le cas échéant. Le fait d'être réembauchée ne la rend toutefois pas admissible aux autres garanties du présent régime.

5.3 Participation à l'assurance

5.3.1 Assurance santé

Participation obligatoire

La participation est **obligatoire** pour toute personne salariée admissible et ses personnes à charge, sous réserve du droit d'exemption (voir l'article 5.6 « **Droit d'exemption à l'assurance santé** ») ou de la détention d'un carnet de demandes de prestations en vigueur délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Niveau et statut de protection

La personne adhérente doit choisir un niveau de protection (santé 1, santé 2 ou santé 3) pour elle et ses personnes à charge, ainsi qu'un statut de protection (individuel, monoparental ou familial).

La participation aux niveaux de protection santé 2 et santé 3 est facultative. Cependant, toute personne qui participe à l'un de ces niveaux doit maintenir sa participation pendant au moins 36 mois avant de pouvoir modifier son choix à la baisse, sauf dans les cas prévus à l'article 5.10 « **Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)** ».

Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus

La **personne adhérente âgée de 65 ans ou plus** peut choisir, pour elle-même et ses personnes à charge, de s'assurer en vertu du RGAM, sans égard à la règle minimale de 36 mois de participation des niveaux de protection santé 2 et santé 3, ou de son régime d'assurance collective. Les personnes à charge de moins de 65 ans doivent être couvertes par le même régime que celui de la personne adhérente.

Lorsqu'une personne adhérente de 65 ans ou plus s'inscrit au RGAM, elle peut se prévaloir du droit d'exemption pour l'assurance santé. Dans un tel cas, Beneva doit être avisée de cette décision. La décision de la personne adhérente ou de sa personne conjointe de s'assurer en vertu du RGAM est irrévocable.

Toutefois, si la personne conjointe a accès à un régime privé qui offre une protection équivalente à l'assurance médicaments du RGAM, celle-ci ainsi que les enfants à charge doivent s'assurer auprès de ce régime. Le cas échéant, la personne adhérente a le choix de participer au RGAM ou au régime privé de sa personne conjointe.

IMPORTANT

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, toute personne doit être protégée par son régime d'assurance collective et doit **acquitter**, selon sa situation, la prime correspondant au statut de protection individuel, monoparental ou familial. Advenant la terminaison de son assurance collective en raison du non-paiement de la prime, cette personne ne peut s'inscrire au RGAM de la RAMQ, mais doit verser la prime annuelle à cet organisme lors de sa déclaration de revenus. De plus, les frais engagés au cours de la période pour laquelle la prime n'a pas été payée ne seront remboursés ni par le RGAM, ni par Beneva.

5.3.2 Soins dentaires

Participation facultative avec adhésion automatique

La participation est facultative pour toute personne salariée admissible et ses personnes à charge, pourvu que la personne salariée soit couverte par l'assurance santé ou qu'elle en soit exemptée. La participation à la garantie de soins dentaires est octroyée de façon automatique, avec le statut de protection individuel.

La personne adhérente peut, au moment de son adhésion, se retirer de la participation automatique à cette garantie.

La personne adhérente peut également, au cours de sa participation minimale de 36 mois, renoncer à cette garantie (voir l'article 5.7 « **Droit de retrait ou de renonciation de la garantie de soins dentaires** »).

Statut de protection

La personne adhérente doit choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) (voir l'article 5.5 « **Statut et niveau de protection** »).

Participation minimale de 36 mois

Toute personne qui choisit de participer à la garantie de soins dentaires doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente garantie, même lorsque survient un événement prévu au régime. Toutefois, la personne adhérente peut effectuer un changement de statut de protection (voir l'article 5.10 « **Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)** »).

Une personne adhérente peut terminer sa participation à la présente garantie pendant cette période minimale de 36 mois, si elle démontre à la satisfaction de Beneva qu'elle est nouvellement devenue admissible à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de soins dentaires.

Par la suite, si elle choisit de participer de nouveau à la garantie de soins dentaires, une nouvelle période minimale de participation de 36 mois débute à compter de la nouvelle date d'entrée en vigueur de la garantie de soins dentaires.

5.3.3 Calcul de la durée de la participation minimale de 36 mois - assurance santé et soins dentaires

La durée des périodes suivantes est comptabilisée dans le calcul de la période minimale de participation de 36 mois :

- une période d'arrêt temporaire de travail pendant laquelle la personne adhérente maintient uniquement le niveau de protection santé 1;
- une période durant laquelle la personne adhérente a bénéficié d'une exonération des primes;
- période pendant laquelle le temps travaillé de la personne adhérente diminue à 25 % ou moins du temps complet et qu'elle maintient uniquement le niveau de protection santé 1;
- pour l'assurance santé seulement : une période durant laquelle la personne adhérente bénéficie d'une exemption.

5.3.4 Assurance salaire de longue durée

La participation à cette garantie est **obligatoire** pour toute personne salariée admissible.

Le choix de l'option retenue (option O ou O+) se fait en fonction de l'option retenue par l'unité d'accréditation à laquelle fait partie la personne adhérente.

La personne adhérente peut renoncer à la participation obligatoire de l'assurance salaire de longue durée (voir l'article 5.8 « *Droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée* »).

L'assurance salaire de longue durée n'est pas disponible ou cesse de l'être pour la personne adhérente de 63 ans et plus.

5.3.5 Assurance vie

Participation facultative avec adhésion automatique

La participation à cette assurance est **facultative** pour toute personne salariée admissible et ses personnes à charge.

La participation aux garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance en cas de décès ou mutilation accidentels de la personne adhérente et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est octroyée de façon **automatique**.

La personne adhérente peut se retirer de la participation automatique de ces garanties (voir l'article 5.9 « **Droit de retrait à l'assurance vie** »).

La participation à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et à la garantie d'assurance en cas de décès ou mutilation accidentels de la personne adhérente est indissociable.

La participation aux garanties d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est conditionnelle à la participation à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente.

5.4 Demande d'adhésion et entrée en vigueur

5.4.1 Délai d'adhésion

La personne salariée admissible doit remplir le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » disponible au service des ressources humaines de son établissement. Elle doit le remettre dans les 30 jours suivant la date de son admissibilité à la personne responsable des assurances auprès de son employeur, qui le transmet à Beneva.

Note : En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, il incombe à la personne salariée de protéger sa personne conjointe et ses enfants à charge, le cas échéant, à moins que ces derniers ne soient couverts par un autre régime d'assurance collective.

5.4.2 Règle automatique d'adhésion à l'assurance

La personne salariée admissible **qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion est automatiquement assurée en vertu** :

- du statut de protection individuel et du niveau santé 1 de la garantie d'assurance santé;
- du statut de protection individuel de la garantie de soins dentaires;
- de la garantie d'assurance salaire de longue durée (selon l'option retenue par l'unité d'accréditation à laquelle appartient la personne salariée); ainsi que
- de l'assurance vie en vertu des garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance décès ou mutilation accidentels (DMA) de la personne adhérente et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

5.4.3 Entrée en vigueur de l'assurance santé

La garantie d'assurance santé entre en vigueur à la date d'admissibilité de la personne salariée (voir l'article 5.2.1 « **Admissibilité d'une personne salariée** »).

Si la personne salariée est invalide au moment où son assurance entre en vigueur, son choix de protection en assurance santé entre en vigueur à la date d'admissibilité prévue dans la mesure où ce choix est reçu par Beneva avant le début de son invalidité.

5.4.4 Entrée en vigueur des soins dentaires

La personne salariée doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 15 ou 45 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir l'article 5.1 « **Définitions** »).

L'assurance de la nouvelle personne salariée entre en vigueur à sa date d'admissibilité.

5.4.5 Entrée en vigueur de l'assurance salaire de longue durée

La personne salariée doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 15 ou 45 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir l'article 5.1 « **Définitions** »).

L'assurance de la nouvelle personne salariée entre en vigueur à sa date d'admissibilité.

Lorsque l'unité d'accréditation dont fait partie la personne salariée fait parvenir un avis écrit à Beneva l'informant que les membres se sont prononcés majoritairement en faveur de l'une des options offertes (O ou O+), l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui suit la date de prise de vote selon l'option retenue.

5.4.6 Entrée en vigueur de l'assurance vie

La personne salariée doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 15 ou 45 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir l'article 5.1 « **Définitions** »). L'entrée en vigueur de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge n'est toutefois pas assujettie à la présence au travail de la personne salariée.

a) Assurance vie de base de la personne adhérente et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels de la personne adhérente

L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité, à moins d'un retrait.

À la suite d'un retrait, des preuves d'assurabilité sont requises et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation de ces preuves par Beneva.

b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

Toute demande de participation à la garantie d'assurance vie additionnelle nécessite la présentation de preuves d'assurabilité.

L'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité, à moins d'un retrait.

La personne adhérente qui désire ajouter cette garantie à la suite d'un retrait, doit en faire la demande à son employeur dans les 30 jours suivant la date d'un des événements ci-dessous, l'assurance entre en vigueur à la date de l'événement :

- le mariage ou l'union civile;
- la cohabitation depuis un an;
- la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- la perte involontaire de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge.

Lorsque la demande est reçue par l'employeur au-delà du délai de 30 jours de la date d'admissibilité ou de la date de l'événement décrit ci-dessus, des preuves d'assurabilité sont requises et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation de ces preuves par Beneva.

Toute personne salariée qui a déjà participé à l'une ou l'autre des garanties de ce régime et qui a cessé d'y participer doit présenter des preuves d'assurabilité et être acceptée par Beneva pour y participer à nouveau.

5.5 Statut et niveau de protection

Pour chacune des garanties d'assurance santé et de soins dentaires, la personne adhérente doit choisir un statut de protection.

Les statuts offerts sont les suivants :

Statut de protection	Personnes protégées
Individuel	Personne adhérente
Monoparental	Personne adhérente et enfant(s) à charge
Familial	Personne adhérente, personne conjointe et enfant(s) à charge, s'il y a lieu

Le statut et le niveau de protection de la personne adhérente et de ses personnes à charge peuvent être revus à la hausse ou à la baisse de la façon prévue à l'article 5.10 « **Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)** ».

5.6 Droit d'exemption à l'assurance santé

5.6.1 Demande d'exemption

Une personne salariée peut s'exempter de participer à l'assurance santé lorsqu'elle démontre qu'elle est assurée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une protection d'assurance médicaments ou qu'elle détient le carnet de réclamations en vigueur délivré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Note : La personne salariée doit fournir à l'employeur une copie du certificat d'assurance ou du carnet de réclamations.

Toute personne de 65 ans ou plus qui est assurée en vertu du RGAM de la RAMQ peut aussi s'exempter de participer à l'assurance santé.

Le droit d'exemption permet également aux personnes adhérentes de cesser de participer aux niveaux de protection santé 2 et santé 3, même si la période minimale de participation de 36 mois n'est pas terminée.

5.6.2 Début d'exemption

- a) L'exemption d'une nouvelle personne salariée débute **à sa date d'admissibilité** si, au plus tard **30 jours** après cette date, l'employeur en reçoit la demande écrite dûment remplie. Sinon, elle débute le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'employeur en reçoit la demande.
- b) L'exemption d'une personne adhérente débute **à la date de l'événement** ouvrant droit à l'exemption si, au plus tard **30 jours** après cette date, l'employeur en reçoit la demande écrite dûment remplie. Sinon, elle débute le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'employeur en reçoit la demande.

5.6.3 Fin d'exemption

La personne adhérente qui désire mettre fin à son exemption doit établir, à la satisfaction de l'employeur et de Beneva, qu'elle était antérieurement assurée par la présente assurance santé ou par tout autre régime d'assurance médicaments et qu'elle et ses personnes à charge, s'il y a lieu, ne sont plus couvertes par le régime ayant permis l'exemption.

Cette demande de terminaison du droit d'exemption doit être accompagnée de pièces justificatives.

- a) **Dispositions s'appliquant aux demandes parvenant à l'employeur dans les 30 jours suivant la fin de la participation à l'assurance collective ayant permis l'exemption**

L'assurance entre en vigueur à la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption. La personne adhérente peut profiter de cette situation pour choisir un nouveau niveau de protection et ce, sans égard à la période de participation minimale de 36 mois.

- b) **Dispositions s'appliquant aux demandes parvenant à l'employeur plus de 30 jours après la fin de la participation à l'assurance collective ayant permis l'exemption**

L'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'employeur reçoit la demande.

Toute personne adhérente qui participait au niveau santé 2 ou santé 3 avant le début de l'exemption ne peut diminuer son niveau de protection ni celui de ses personnes à charge si la durée minimale de participation de 36 mois n'est pas complétée. La période d'exemption est comptabilisée dans la période minimale de 36 mois.

Si la personne adhérente choisit d'augmenter le niveau de protection détenu avant l'exemption et qu'elle bénéficie de l'exonération des primes au moment où elle fait sa demande d'adhésion, celle-ci entrera en vigueur le premier jour de la période de primes suivant la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 15 ou 45 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir l'article 5.1 « Définitions »).

5.7 Droit de retrait ou de renonciation à la garantie de soins dentaires

La personne salariée admissible peut se retirer de la participation automatique à la garantie de soins dentaires.

Pour bénéficier de ce droit de retrait, une demande écrite en ce sens doit être reçue par l'employeur dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie de soins dentaires. L'assurance cesse rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Toutefois, si la demande est reçue plus de 30 jours suivant l'entrée en vigueur de cette garantie, la demande de retrait est refusée et la personne adhérente doit conserver cette garantie pendant la période minimale de participation de 36 mois.

La personne adhérente qui n'a pas exercé son droit de retrait à la garantie de soins dentaires à la date d'entrée en vigueur de son assurance peut renoncer à sa participation à cette garantie au cours de sa participation minimale de 36 mois.

Pour bénéficier de ce droit de renonciation, une demande écrite doit être reçue par Beneva et démontrer à la satisfaction de Beneva que la personne adhérente est nouvellement devenue admissible à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de soins dentaires. L'assurance cesse à la date de réception par Beneva de la demande.

Par la suite, si elle choisit de participer de nouveau au régime de soins dentaires, une nouvelle période minimale de participation de 36 mois débute à compter de la nouvelle date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu du régime de soins dentaires.

5.8 Droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée

Un droit de renonciation est permis lorsque la personne adhérente :

- est âgée de 53 ans ou plus; ou
- présente à Beneva la preuve de sa participation au régime de retraite établissant 33 années de service ou plus pour fins d'admissibilité au RREGOP; ou
- est déjà protégée par un régime d'assurance salaire à l'intention des membres d'un ordre professionnel, pour autant que ce régime prévoit une protection équivalente.

La personne adhérente doit compléter le formulaire « Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée » et le remettre à son employeur. Celui-ci doit transmettre une copie de ce formulaire signé à Beneva.

La renonciation s'applique au premier jour de la période de primes qui coïncide avec la date de signature du formulaire par l'employeur.

Lorsque la personne adhérente exerce son droit de renonciation, elle peut revenir par la suite, sous réserve de l'acceptation de preuves d'assurabilité par Beneva.

5.9 Droit de retrait à l'assurance vie

La personne salariée admissible peut se retirer de la participation automatique aux garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentel de la personne adhérente, et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

Pour bénéficier de ce droit de retrait, l'adhérent doit en faire à la demande à l'employeur.

Si la demande est reçue par l'employeur **dans les 30 jours** suivant la date d'entrée en vigueur de ces garanties, le retrait s'applique rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de celles-ci.

Si la demande est reçue **plus de 30 jours** suivant l'entrée en vigueur de ces garanties, le retrait s'applique au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par l'employeur.

5.10 Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)

Événements recevables	Entrée en vigueur de la modification	
	Si la demande est reçue par l'employeur <u>dans les 30 jours de la date de l'événement</u>	Si la demande est reçue par l'employeur <u>au-delà du délai de 30 jours de la date de l'événement</u>
Modification du statut de protection (individuel, monoparental ou familial)⁽¹⁾ : - Assurance santé - Soins dentaires		
Événements prévus à l'article 5.1 « Définitions » La personne adhérente peut alors choisir un nouveau statut de protection parmi ceux présentés à l'article 5.5 « Statut et niveau de protection »	À la date de l'événement.	Au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur.
- Augmentation du niveau de protection (pour santé 2 ou santé 3)⁽¹⁾ de l'assurance santé; ou - Ajout des soins dentaires		
Événements prévus à l'article 5.1 « Définitions »	À la date de l'événement.	Au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite de l'employeur.
	L'augmentation du niveau de protection en assurance santé est acceptée, et ce, même si le délai de participation minimale de 36 mois n'est pas complété. Un nouveau délai de participation minimale de 36 mois débute à la date d'acceptation du changement.	

Événements recevables	Entrée en vigueur de la modification	
	Si la demande est reçue par l'employeur <u>dans les 30 jours de la date de l'événement</u>	Si la demande est reçue par l'employeur <u>au-delà du délai de 30 jours de la date de l'événement</u>
Diminution du niveau de protection (pour santé 1 ou santé 2)⁽¹⁾ : Assurance santé		
Événements prévus à l'article 5.1 « Définitions »	À la date de l'événement, sans égard à la période de participation minimale de 36 mois	Demande refusée, à moins d'avoir complété le délai de participation minimale de participation de 36 mois. Le cas échéant, la demande est acceptée au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite de l'employeur.
	Un nouveau délai de participation minimale de 36 mois débute à la date d'acceptation du changement, si la personne adhérente opte pour le niveau santé 2.	

⁽¹⁾ La personne adhérente doit demander le changement à l'aide du formulaire « Demande d'adhésion et de changement » et remettre celui-ci dûment rempli à la personne responsable des assurances auprès de son employeur.

5.11 Continuation de l'assurance et exonération des primes durant une période d'invalidité totale

Aucune prime n'est payable à compter du premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit 3 mois d'invalidité totale.

Malgré cette exonération de la prime, l'assurance est maintenue tant que subsiste la même période d'invalidité totale, sans dépasser les dates suivantes, le cas échéant :

Garantie	Date de fin de l'exonération
Assurance santé	4 ans après le début de l'invalidité, sans dépasser le jour du 71 ^e anniversaire de naissance ni la fin du régime d'assurance collective, dans la mesure où la personne adhérente maintient son lien d'emploi.
Soins dentaires	
Assurance en cas de DMA	
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	
Si l'une ou l'autre des garanties mentionnées ci-dessus se termine pour l'ensemble des personnes salariées admissibles, elle se termine également pour la personne totalement invalide.	
Assurance salaire de longue durée	lorsque la personne atteint l'âge auquel son assurance salaire de longue durée aurait pris fin si elle n'avait pas été invalide
Assurance vie de la personne adhérente	- à 65 ans, peu importe que le régime d'assurance collective demeure en vigueur ou non, si la personne adhérente est devenue invalide avant l'âge de 61 ans; 4 ans après le début de l'invalidité, sans dépasser le jour du 71^e anniversaire de naissance, si la personne adhérente est devenue invalide à l'âge de 61 ans ou après.
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe	à l'âge de 65 ans

Advenant le cas où une même période d'invalidité se poursuit pendant plus de deux ans, la personne adhérente invalide doit faire parvenir une demande d'exonération des primes à Beneva afin de pouvoir continuer à bénéficier de cette exonération et de l'assurance.

Les dispositions relatives à l'exonération des primes ne s'appliquent pas à la personne adhérente enceinte bénéficiant d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement approuvé par la CNESST. De même, elles ne s'appliquent pas à la personne adhérente invalide en affectation temporaire de travail qui reçoit l'équivalent de 100 % du salaire versé avant le début de l'invalidité.

5.12 Absences temporaires du travail

5.12.1 Congé partiel sans rémunération

La participation au régime d'assurance collective est maintenue. L'employeur et la personne adhérente paient leur prime respective sur la base du salaire qu'aurait reçu la personne adhérente si elle ne bénéficiait pas du congé partiel sans rémunération. Les montants de protection sont également maintenus sur la base de ce salaire.

5.12.2 Absence autorisée avec rémunération et absence autorisée sans rémunération dont la durée n'excède pas 28 jours (incluant la suspension)

La participation au régime d'assurance collective est maintenue. L'employeur et la personne adhérente paient leur prime respective. La prime totale est versée à Beneva par l'entremise de l'employeur.

5.12.3 Absence autorisée sans rémunération d'une durée supérieure à 28 jours (incluant la suspension)

La participation au régime d'assurance collective est suspendue pour la durée de l'absence autorisée, sauf pour le niveau de protection santé 1 de l'assurance santé. Toutefois, la participation aux autres garanties (l'assurance santé, les soins dentaires, selon les mêmes options de statut et de niveau de protection choisis, l'assurance salaire de longue durée et l'assurance vie **indissociablement**) peut être maintenue si la personne adhérente signifie par écrit à l'employeur avant le début du congé sans rémunération son choix de participation parmi les 2 options suivantes :

- participer uniquement au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé;
- maintenir sa participation aux garanties auxquelles elle participait avant le début de l'absence.

Si la personne adhérente ne soumet pas de demande écrite à l'employeur avant le début de l'absence, seule la participation au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé est maintenue.

Elle doit alors payer la totalité de la prime (part employé + part employeur). **Toutefois**, la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à continuer de verser sa contribution lors d'un congé pour des raisons familiales et parentales.

Les modalités de paiement des primes à l'employeur doivent alors être déterminées avant l'absence autorisée pour qu'il n'y ait pas d'interruption de protection du niveau de l'assurance santé ou de toutes les autres garanties pour non-paiement des primes.

Dans le cas où la personne adhérente n'a maintenu sa participation qu'au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé, le niveau de protection qui s'appliquait avant la période d'absence reprend automatiquement dès son retour effectif au travail, le cas échéant.

5.12.4 Congé à traitement différé :

a) Durant la période de contribution au congé

La participation est maintenue.

Dans le cas des garanties d'assurance salaire de longue durée et d'assurance vie, le salaire assurable est celui convenu entre la personne adhérente et l'employeur dans l'entente relative au congé à traitement différé.

Le salaire assurable convenu doit être communiqué à Beneva avant le début du congé à traitement différé, c'est-à-dire avant le début de la période de contribution et non du congé proprement dit. La prime et les prestations sont alors basées sur le salaire assurable convenu.

b) Durant la période de congé

La participation est suspendue pour la durée de l'absence autorisée, sauf pour le niveau santé 1 de l'assurance santé. Toutefois, la participation aux autres garanties (l'assurance santé, les soins dentaires, selon les mêmes options de statut et de niveau de protection choisies, ainsi que l'assurance salaire de longue durée et l'assurance vie **indissociablement**) peut être maintenue si la personne adhérente en fait la demande. Elle doit alors payer la totalité de la prime (part employé + part employeur).

Les modalités de paiement des primes à l'employeur doivent être déterminées avant la prise du congé pour qu'il n'y ait pas d'interruption du niveau santé 1 de l'assurance santé ou de toutes les autres garanties. Le salaire assurable est celui défini au paragraphe a) précédent.

5.12.5 Programme de retraite progressive

La participation au niveau santé 1 de l'assurance santé doit être maintenue.

Si la personne adhérente maintient sa participation aux autres garanties (l'assurance santé, les soins dentaires, selon les mêmes options de statut et de niveau de protection choisies, ainsi que l'assurance salaire de longue durée et l'assurance vie **indissociablement**), le salaire assurable en vertu de l'assurance salaire de longue durée est celui effectivement reçu par la personne adhérente durant le programme de retraite progressive.

Dans le cas de l'assurance vie, le salaire assurable est celui qu'aurait reçu la personne adhérente, n'eût été de sa participation au programme de retraite progressive.

La prime de ces garanties est établie sur la base du salaire effectivement reçu.

- Si la durée du programme est de 24 mois ou moins, la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée cesse à l'entrée en vigueur du programme.
- Si la durée est supérieure à 24 mois, la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée cesse au plus tard 24 mois avant la fin du programme initialement prévue.

5.12.6 Congédiement contesté

Dans une telle situation, la personne adhérente **doit** maintenir sa participation au niveau santé 1 de l'assurance santé et **peut** maintenir sa participation aux autres garanties (l'assurance santé et les soins dentaires, selon les mêmes options de statut et de niveau de protection choisies, ainsi que l'assurance vie **indissociablement**), s'il y a lieu, en payant elle-même la prime totale prévue au régime (part employé et part employeur) jusqu'à ce que la décision finale soit rendue.

La participation à l'assurance salaire de longue durée est suspendue jusqu'à ce que la décision de l'arbitre soit rendue. Si la décision est favorable à la personne adhérente, la prime de cette garantie est payable rétroactivement à la date du congédiement et toute invalidité survenue durant cette période est reconnue par Beneva.

5.12.7 Procédure lors du règlement d'un litige relatif à une invalidité non reconnue par l'employeur

La participation à l'assurance se poursuit sans paiement de prime jusqu'à l'occurrence de l'un des événements suivants :

- la date du retour effectif au travail de la personne adhérente;
- la date du retrait du grief de la personne adhérente;
- la décision arbitrale ou une entente patronale-syndicale;
- la date à laquelle aurait pris fin l'exonération des primes si la période d'invalidité totale avait été pleinement reconnue par l'employeur.

5.12.8 Retrait préventif et congé de maternité (21 semaines)

La participation à l'assurance se poursuit comme s'il n'y avait aucune absence.

5.13 Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

L'enfant à charge dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans et qui est en congé sabbatique scolaire peut maintenir sa protection d'assurance, pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite doit être soumise à Beneva avant le début du congé;
- la demande doit préciser la date du début du congé sabbatique et sa durée.

Le congé sabbatique n'est 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.

5.14 Terminaison de l'assurance

5.14.1 Personne adhérente

a) Toutes les garanties d'assurance

L'assurance se termine, sous réserve des dispositions de l'exonération des primes, à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat;
- la date à laquelle la personne adhérente cesse de remplir les conditions d'admissibilité;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée;
- la date à laquelle elle prend sa retraite.

b) Assurance santé

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Toutes les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance santé se termine à la première des dates suivantes :

- la date du début de la période de primes qui suit l'acceptation d'une demande d'exemption à l'assurance santé;
- la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance et assume le paiement de sa prime.

c) Soins dentaires

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Toutes les garanties d'assurance » ci-dessus, les soins dentaires se terminent à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de la période de primes au cours de laquelle une demande est reçue par l'employeur indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à la garantie de soins dentaires, pourvu que la période de participation minimale de 36 mois soit alors complétée;
- la date à laquelle Beneva reçoit une demande de terminaison de l'assurance, si la personne adhérente a démontré à la satisfaction de Beneva qu'elle est nouvellement devenue admissible à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de soins dentaires et ce, même si la période de participation minimale de 36 mois n'est pas complétée;
- la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance et assume le paiement de sa prime.

d) Assurance salaire de longue durée

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Tous les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance salaire de longue durée se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 63 ans;
- la date de réception par l'employeur d'une demande écrite accompagnée des documents attestant le droit de renonciation de la personne adhérente (se référer à *l'article 5.8 « Droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée »* pour les conditions reliées au droit de renonciation).

Cependant, il est possible de terminer l'option O sans avoir atteint la période minimale de participation de 36 mois à la suite d'une prise de vote en faveur de l'option O+ au sein de l'unité d'accréditation. À ce moment, la période minimale de participation se réinitialise avec l'option O+. Lorsqu'il y a prise de vote en faveur du passage de l'option O+ à l'option O, la période minimale de participation de 36 mois doit être complétée. Toute modification est effective à compter du premier jour de la période de primes qui suit la date de prise de vote.

e) Assurance vie

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Toutes les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance vie se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de la période de primes où une demande est reçue par l'employeur indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance vie de base ou additionnelle;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de **65 ans**, pour les garanties d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

La terminaison de l'assurance vie de base de la personne adhérente entraîne la terminaison de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

5.14.2 Personnes à charge

a) L'assurance santé et les soins dentaires

L'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente;
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être admissibles;
- la date à laquelle la personne adhérente opte pour un statut de protection individuel ou monoparental.

b) L'assurance vie

L'assurance, sous réserve des dispositions de l'exonération des primes, se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente;
- la date de fin de la période de primes où une demande reçue par l'employeur, indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge ou à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- la date de la cessation de participation de la personne adhérente à l'assurance vie de base, pour l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, pour l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

5.15 Droit de transformation en assurance vie

Si une personne cesse d'appartenir au groupe des personnes admissibles à l'assurance vie collective du régime décrit dans le présent document, par exemple en cas de démission ou de fin d'assurance résultant de la fin d'une exonération des primes, elle peut en obtenir la transformation en assurance vie individuelle sans avoir à prouver son assurabilité, sur demande écrite transmise et reçue par Beneva dans les 31 jours suivant la date de la fin de son appartenance au groupe et en payant la totalité de la première prime. Il lui sera alors possible d'obtenir une assurance vie temporaire d'une durée d'un an transformable en un produit d'assurance vie entière ou mixte normalement offert par Beneva ou en une forme d'assurance exigée par la loi.

Pour une personne de **moins de 65 ans**, le montant d'assurance vie individuelle ne peut être supérieur au moindre des montants suivants :

- 400 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie collective en vigueur immédiatement avant la transformation et le montant d'assurance vie auquel la personne est admissible en vertu du régime à l'intention de la personne retraitée (voir *l'article 5.17*).

Pour une personne de **65 ans et plus**, le montant d'assurance vie individuelle ne peut être supérieur au moindre des montants suivants :

- 25 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie collective en vigueur immédiatement avant la transformation et le montant d'assurance vie auquel la personne est admissible en vertu du régime à l'intention de la personne retraitée (voir *l'article 5.17*) ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective auquel la personne est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Ce droit de transformation ne s'applique pas à l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA). L'assurance individuelle ne comportera pas d'assurance en cas d'accident ni de disposition prévoyant l'exonération des primes.

5.16 Personne retraitée – Régime d'assurance vie pour la personne retraitée et la personne conjointe de la personne retraitée

Si la personne adhérente prend sa retraite, ou si elle est invalide et que la continuation de son assurance vie prend fin en raison de sa retraite, elle peut tout de même conserver un montant d'assurance vie pour elle et sa personne conjointe. Elle doit alors aviser Beneva en lui retournant le formulaire d'adhésion à l'assurance vie disponible dans le dépliant explicatif du régime d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées. Ce dépliant est disponible auprès de l'employeur ou de Beneva, ainsi que sur le site sécurisé dédié aux assurés au **beneva.ca**. Ce formulaire doit être envoyé à Beneva **dans les 60 jours** suivant la date de la retraite ou de la fin de l'assurance vie de la personne en invalidité. Il est donc souhaitable que la personne adhérente se procure ce dépliant avant ces dates afin d'éviter tout préjudice.

Ce régime est aussi offerte à la personne adhérente qui n'est pas invalide lors de la retraite, qui ne participait pas à l'assurance vie de Beneva mais qui participait aux régimes autoassurés de la convention collective et qui fait sa demande dans le délai de 60 jours.

5.17 Personne retraitée réembauchée

Toute personne retraitée réembauchée peut maintenir les garanties d'assurance vie qu'elle détient dans le régime facultatif d'assurance vie de la personne retraitée pour elle et sa personne conjointe, le cas échéant. Le fait d'être réembauchée ne la rend toutefois pas admissible aux autres garanties du régime.

5.18 Révision annuelle du pourcentage de temps travaillé

La révision du pourcentage de temps travaillé prévue à la convention collective s'effectue une fois par année. Le choix des protections des personnes adhérentes touchées par cette situation doit être reçu par l'employeur dans les 10 jours suivant la réception de l'avis de l'employeur sur le pourcentage de temps travaillé et ce, pour une prise d'effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

La personne adhérente qui obtient un poste permanent à plus de 25 % du temps complet devient assujettie à l'ensemble des règles de participation prévues au régime.

Pourcentage du temps travaillé	Situation de la personne adhérente avant le 1 ^{er} janvier	Choix de la personne adhérente au 1 ^{er} janvier
Maintien du % de temps travaillé à plus de 25 %	Participation aux régimes de la convention collective et participation à toutes les garanties du présent régime.	Maintenir sa participation aux régimes de la convention collective et participer à toutes les garanties du présent régime.
Diminution du % de temps travaillé à 25 % ou moins	Participation aux régimes de la convention collective et participation à toutes les garanties du présent régime.	Maintenir sa participation aux régimes de la convention collective et participer à toutes les garanties du présent régime. ⁽¹⁾
		Cesser sa participation aux régimes de la convention collective et participer seulement au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé.

Pourcentage du temps travaillé	Situation de la personne adhérente avant le 1 ^{er} janvier	Choix de la personne adhérente au 1 ^{er} janvier
Augmentation du % de temps travaillé à plus de 25 %	Participation aux régimes de la convention collective et participation à toutes les garanties du présent régime.	Maintenir sa participation aux régimes de la convention collective et participer à toutes les garanties du présent régime.
	Pas de participation aux régimes de la convention collective et participation au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé seulement.	Participer aux régimes de la convention collective et participer à toutes les garanties du présent régime. ⁽²⁾
Maintien du % de temps travaillé à 25% ou moins	Participation aux régimes de la convention collective et participation à toutes les protections du présent régime.	Maintenir sa participation aux régimes de la convention collective et participer à toutes les garanties du présent régime ⁽²⁾
	Pas de participation aux régimes de la convention collective et participation au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé seulement.	Ne pas participer aux régimes de la convention collective et participer au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé seulement.
		Participer aux régimes de la convention collective et participer à toutes les garanties du présent régime. ⁽²⁾

⁽¹⁾ À défaut d'un choix exprimé par la personne adhérente auprès de son employeur dans le délai prescrit, ce choix sera automatiquement appliqué.

⁽²⁾ La participation à l'assurance vie de base de la personne adhérente, l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge et les soins dentaires (statut de protection individuel) est octroyée de façon automatique à la personne adhérente qui participe pour la première fois ou qui participe de nouveau aux régimes de la convention collective si elle n'y renonce pas par l'entremise d'une demande à cet effet reçue par son employeur.

6 - DEMANDES DE PRESTATIONS

La présente section décrit la marche à suivre ainsi que les délais à respecter pour obtenir un remboursement. La personne adhérente devrait prendre connaissance des règles particulières qui s'appliquent à chaque garantie.

6.1 Assurance santé

Pour l'ensemble des frais couverts par l'assurance santé, **la demande de prestations doit parvenir à Beneva au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.** Au-delà de ce délai, ils ne seront **pas remboursés**.

6.1.1 Frais de médicaments

La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance au pharmacien. Ce dernier valide immédiatement l'admissibilité du médicament acheté.

a) Médicament admissible

La personne assurée n'a qu'à payer à son pharmacien la partie du coût de son médicament qui n'est pas remboursable par son régime d'assurance. Beneva remboursera directement au pharmacien la portion assurée. La personne assurée n'a aucune autre démarche à effectuer. Le pharmacien a l'obligation de 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 remet à la personne assurée 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 protection 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.

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.

c) Première utilisation

Lors de la première utilisation de la carte d'assurance pour une personne assurée de la famille de la personne adhérente, le pharmacien doit compléter son dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne assurée. Une preuve d'âge peut être exigée par le pharmacien.

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

Pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement et aux études à temps plein, l'admissibilité des frais de médicaments est assujettie à la présentation d'une déclaration de fréquentation scolaire. Cette déclaration doit être faite à Beneva une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que la demande de prestations soit considérée directement en pharmacie.

La déclaration de fréquentation scolaire peut être faite en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés, par téléphone auprès du Service à la clientèle de Beneva ou par écrit aux coordonnées indiquées à l'*article 6.7 « Pour joindre Beneva »*. Beneva se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire.

Dans le cas où aucune déclaration ne parvient à Beneva avant le 30 septembre, l'enfant à charge de 18 ans ou plus n'est plus couvert par l'assurance. Un message à cet effet paraît sur le reçu remis à la personne assurée lors de l'achat de médicaments.

Si la personne assurée ne peut utiliser sa carte d'assurance (exemples : oubli, perte, pharmacien non participant au service de transmission électronique des prestations), elle doit acheminer sa demande de prestations à Beneva par la poste en utilisant le formulaire approprié, disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés en version personnalisée ou à l'adresse **beneva.ca**. L'original des reçus de pharmacie doit être joint à la demande. Ceux-ci n'étant pas retournés, il est préférable d'en conserver une copie.

Les reçus doivent mentionner le numéro de certificat, le nom de la personne assurée, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, ainsi que le nom et la quantité du médicament. Les frais doivent être dûment acquittés.

L'adresse de correspondance de Beneva est indiquée à l'*article 6.7 « Pour joindre Beneva »*.

6.1.2 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident du travail ou d'automobile

Tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant d'un accident du travail ou d'automobile sont remboursables par la CNESST ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Le remboursement de ces frais doit être réclamé à la CNESST ou à la SAAQ et non à Beneva.

6.1.3 Autres frais de l'assurance santé

Plusieurs frais de l'assurance santé peuvent être réclamés en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés. La personne adhérente peut également faire sa demande de prestations à l'aide de son téléphone intelligent en utilisant l'application Beneva Services Mobiles.

Il est également possible d'effectuer la demande par la poste en utilisant le formulaire approprié, disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés en version personnalisée ou à l'adresse **beneva.ca**. Les factures doivent être dûment acquittées et l'original doit être joint à la demande.

Celles-ci n'étant pas retournées, il est préférable d'en conserver une copie.

Il est important de fournir le numéro de certificat sur chacune de vos demandes. Les reçus doivent indiquer clairement le nom du patient, les dates de visites ou de traitements et, dans le cas des professionnels de la santé, leur nom, leur adresse et leur numéro de pratique.

L'adresse de correspondance de Beneva est indiquée à l'article 6.7 « Pour joindre Beneva ».

6.2 Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage

Pour tous les détails concernant les demandes de prestations d'assurance voyage avec assistance ou d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut consulter les dispositions de l'assurance voyage se trouvant dans un document distinct intitulé « Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage », disponible en version électronique sur le site sécurisé dédié aux assurés au **beneva.ca**.

6.3 Soins dentaires

Pour l'ensemble des frais couverts par les soins dentaires, **la demande de prestations doit parvenir à Beneva au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.** Au-delà de ce délai, ils ne seront pas remboursés.

La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance au dentiste et payer la portion non remboursée des frais assurés par Beneva. Si le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique de demandes de prestations, la personne assurée doit lui faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour frais dentaires », ou soumettre le formulaire utilisé par son dentiste, pourvu qu'il soit dûment rempli et signé. Elle a ensuite le choix de faire sa demande en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés ou par la poste à l'adresse indiquée à l'article 6.7.

6.4 Assurance vie de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge

Le formulaire de demande de prestations d'assurance vie s'obtient directement de Beneva. Cette demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à Beneva dans les 90 jours de la date du décès. Pour plus d'information, la personne assurée peut consulter *l'article 6.7* « Pour joindre Beneva ».

6.5 Assurance salaire de longue durée

La demande de prestations d'assurance salaire de longue durée doit être présentée à Beneva dans les 90 jours avant la date prévue de début des prestations.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir et soumettre à Beneva le formulaire de demande de prestations d'invalidité, disponible auprès de son employeur ou de Beneva.

La personne adhérente doit présenter une demande de prestations même si elle reçoit des prestations d'invalidité en vertu d'un autre régime (ex : CNESST, Retraite Québec).

6.6 Responsabilité civile et subrogation

La personne adhérente doit informer Beneva de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si la personne adhérent a droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par Beneva en vertu du contrat, elle doit rembourser le montant qui lui a été payé en trop par Beneva.

Beneva est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par Beneva. Si Beneva décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par Beneva.

6.7 Pour joindre Beneva

Par la poste

Le numéro de certificat doit être indiqué sur toute demande de prestation et toute correspondance adressée à Beneva.

L'adresse postale de Beneva est la suivante :

**Beneva inc.
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, Succursale Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6**

Par téléphone

La personne assurée qui veut rejoindre Beneva par téléphone doit communiquer avec le Service à la clientèle, entre 8 h 00 à 20 h 00, du lundi au vendredi, au numéro suivant : **1 877 651-8080**.

Par télécopieur

La personne assurée qui veut joindre Beneva par télécopieur doit composer le numéro suivant : **418 652-2739**.

Par courriel

La personne assurée qui veut joindre Beneva par courriel peut le faire à l'adresse suivante : **clientele@beneva.ca**

Changement d'adresse

N'oubliez pas d'aviser Beneva de votre changement d'adresse! Faites-le en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés ou en communiquant avec le Service à la clientèle de Beneva.

7 - SERVICE INTERNET BENEVA

7.1 Espace client

Cet outil électronique permet d'accéder en tout temps au dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations pouvant être effectuées sur l'Espace client :

- adhérer au dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie;
- consulter en ligne le 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 elle est perdue ou oubliée;
- effectuer un changement d'adresse;
- visualiser les garanties figurant au régime d'assurance collective;
- réclamer en ligne et recevoir l'argent en 48 h avec le dépôt direct (pour la majorité des soins);
- modifier les bénéficiaires en ligne;
- vérifier les frais médicaux couverts, y compris les médicaments;
- estimer les frais remboursés;
- obtenir une preuve d'assurance voyage.

Pour s'inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages, rendez-vous sur le site Espace client au **espace-client.beneva.ca**. Des instructions en ligne seront disponibles dans le processus d'inscription. Veuillez noter que les documents versés au dossier sont conservés pendant une période de 12 mois.

En cas d'assistance, n'hésitez pas à contacter notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

7.2 Beneva Services mobiles

Téléchargez gratuitement l'application Beneva Services mobiles pour téléphone intelligent* au **www.beneva.ca/mobile**.

Cette application permet de faire les mêmes opérations que celles effectuées sur l'Espace client.

* Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

Dans cette brochure, le nom Beneva désigne Beneva inc.

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

This booklet is available in English.

Espace client

**Obtenez un remboursement en 48 heures
avec nos services électroniques!**

Profitez du service de
réclamation en ligne sur
le 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