

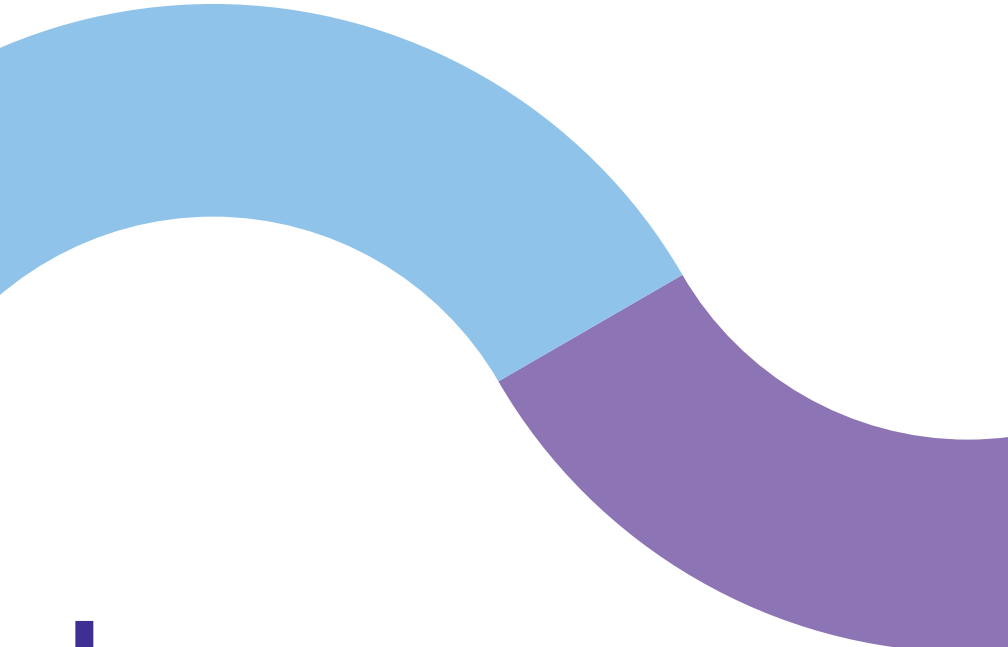
Contrat X9999

En vigueur le 1^{er} avril 2026

APTS – Alliance du personnel professionnel et technique
de la santé et des services sociaux



Régime d'assurance collective

A large, decorative wavy line in light blue and purple colors curves across the middle of the page, separating the header from the footer.

beneva

TABLE DES MATIÈRES

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'OEIL	i
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
1.1 Définitions	1
1.2 Admissibilité.....	5
1.3 Participation	6
1.4 Adhésion.....	10
1.5 Entrée en vigueur de l'assurance.....	11
1.6 Droit de renonciation à l'assurance vie de base de la personne adhérente	11
1.7 Modification du statut de protection.....	11
1.8 Modification du choix du régime d'assurance maladie	11
1.9 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	11
1.10 Absences temporaires du travail	12
1.11 Fin de l'assurance.....	13
1.12 Droit de transformation.....	15
1.13 Demande de prestations.....	16
2. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.....	17
2.1 Assurance	17
2.2 Conditions d'admissibilité des frais	17
2.3 Description des frais admissibles	18
2.4 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance maladie.....	25
2.5 Assurance voyage avec assistance	26
2.6 Assurance annulation de voyage	31
2.7 Coordination des prestations d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage	38
3. RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	39
3.1 Assurance	39
3.2 Conditions d'admissibilité des frais.....	39
3.3 Description des frais admissibles	39
3.4 Remboursement maximal	44
3.5 Durée minimale de participation	44
3.6 Exclusions, limitations et restrictions.....	44
3.7 Évaluation préalable.....	46

4.	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I	47
4.1	Assurance vie.....	47
4.2	Assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente	49
4.3	Assurance salaire de longue durée	51
5.	RÉGIME D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES RETRAITÉES	55
5.1	Présentation.....	55
5.2	Définition.....	55
5.3	Description des garanties	55
5.4	Admissibilité.....	57
5.5	Participation.....	57
5.6	Adhésion.....	58
5.7	Entrée en vigueur de l'assurance.....	58
5.8	Preuves d'assurabilité	59
5.9	Modifications en cours d'assurance.....	59
5.10	Fin de l'assurance	60
5.11	Droit de transformation	61
5.12	Demande de prestations.....	61
6.	DEMANDE DE PRESTATIONS	62
6.1	Assurance maladie	63
6.2	Assurance voyage et assurance annulation de voyage	65
6.3	Soins dentaires.....	66
6.4	Assurance vie.....	66
6.5	Assurance salaire de longue durée	66
6.6	Pour joindre Beneva	66
7.	DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	67
7.1	Avis de constitution d'un dossier	67
7.2	Mandataires et fournisseurs de services	67

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D’OEIL

1. PRÉSENTATION

Le tableau ci-dessous résume les modalités de remboursement pour chacune des garanties. Pour une description complète des conditions applicables, consulter la section 2 (régime d’assurance maladie), la section 3 (régime d’assurance soins dentaires), la section 4 (régime complémentaire I) et la section 5 (régime d’assurance vie des personnes retraitées) de la présente brochure.

À moins d’indication contraire, les maximums indiqués s’appliquent à **chacune des personnes assurées**. Le remboursement des frais d’assurance maladie est limité aux frais usuels et raisonnables normalement payés pour les services dans la région où ils sont rendus.

RÉGIME D’ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Médicaments				
Médicaments ⁽¹⁾ et services pharmaceutiques admissibles, y compris les médicaments pour traiter l’infertilité (paiement direct)	75 % des frais admissibles, puis 100 % lorsque le déboursé annuel excède 950 \$ / année civile Liste RAMQ	75 % des frais admissibles, puis 100 % lorsque le déboursé annuel excède 950 \$ / année civile Liste régulière	80 % des frais admissibles, puis 100 % lorsque le déboursé annuel excède 950 \$ / année civile Liste régulière	Oui
Médicaments pour traiter l’infertilité	Remboursement maximal de 1 500 \$ / année civile	Remboursement maximal de 1 500 \$ / année civile	Remboursement maximal de 1 500 \$ / année civile	Oui
⁽¹⁾ Remboursement des médicaments innovateurs : Si vous choisissez d’acheter un médicament innovateur pour lequel une version générique existe sur le marché, votre remboursement est calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d’obtenir un remboursement calculé d’après le coût d’un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n’est possible pour des raisons médicales, sur présentation d’un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l’absence de substitution soit approuvée par Beneva.				
Injections sclérosantes	Non couvert	75 % Frais admissibles de 20 \$ / traitement pour la substance injectée et 15 \$ pour les honoraires professionnels Remboursement maximal de 300 \$ / année civile	75 % Frais admissibles de 20 \$ / traitement pour la substance injectée et 15 \$ pour les honoraires professionnels Remboursement maximal de 300 \$ / année civile	Oui

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Hospitalisation et transport				
Frais hospitaliers au Canada	Non couvert	100 % du coût d'une chambre semi-privée	100 % du coût d'une chambre semi-privée	Non
Transport par un service ambulancier	80 %	80 %	80 %	
Transport et hébergement au Québec	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile	Oui
Professionnelles et professionnels de la santé				
Audiologiste, ergothérapeute et orthophoniste	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 500 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	75 %	Non
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et kinésiologue			75 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	
Ostéopathe		Non couvert	75 % Remboursement maximal de 400 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute				

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Professionnelles et professionnels de la santé (suite)				
Chiropraticien, acupuncteur et podiatre	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 400 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels Radiographie par une ou un chiropraticien : 35 \$ / année civile	75 % Remboursement maximal de 750 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels Radiographie par une ou un chiropraticien : 35 \$ / année civile	Non
Diététiste		75 % Remboursement maximal de 1 250 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	75 % Remboursement maximal de 1 750 \$ / année civile pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	
Psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social		Non couvert		
Psychiatre, psychanalyste, conseillère ou conseiller en orientation, psychothérapeute, psychoéducatrice ou psychoéducateur				
Infirmière et infirmière auxiliaire			75 % Frais admissibles de 300 \$ / jour Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile pour l'ensemble de ces services professionnels	75 % Frais admissibles de 300 \$ / jour Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile pour l'ensemble de ces services professionnels

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Soins de la vue				
Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 50 \$ / 24 mois	Non
Soins oculaires (lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser)			80 % Remboursement maximal de 200 \$ / 24 mois pour l'ensemble de ces soins et articles	Oui pour la chirurgie au laser
Autres frais médicaux				
Appareil auditif	Non couvert	Non couvert	80 % Frais admissibles de 600 \$ / 48 mois	Non
Appareils orthopédiques	80 %	80 %	80 %	Oui
Appareils thérapeutiques et appareils respiratoires	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie pour l'ensemble de ces appareils	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie pour l'ensemble de ces appareils	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / 24 mois pour l'ensemble de ces appareils : appareils thérapeutiques, appareils respiratoires et neurostimulateur transcutané	
Articles pour stomie	Non couvert	80 %	80 %	

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Autres frais médicaux (suite)				
Bas de contention	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 150 \$ / année civile	80 % Remboursement maximal de 150 \$ / année civile	Oui
Chaussures orthopédiques		80 % Remboursement maximal de 250 \$ / année civile pour l'ensemble de ces articles : chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	80 % Remboursement maximal de 2 paires / année civile	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident		75 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie	75 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie	
Fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital		80 %	80 %	
Glucomètre		80 % Frais admissibles de 300 \$ / 60 mois	80 % Frais admissibles de 300 \$ / 60 mois	
Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles		80 % Frais admissibles de 35 000 \$ / 36 mois	80 % Frais admissibles de 35 000 \$ / 36 mois	Non

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Autres frais médicaux (suite)				
Lentilles intraoculaires	Non couvert	80 %	80 %	Oui
Neuro-stimulateur transcutané (TENS)		80 % Frais admissibles de 700 \$ / 60 mois	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / 24 mois pour l'ensemble de ces appareils : appareils thérapeutiques, appareils respiratoires et neurostimulateur transcutané	
Orthèses podiatriques		80 % Remboursement maximal de 250 \$ / année civile pour l'ensemble de ces articles : chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	80 % Remboursement maximal de 250 \$ / année civile	
Pompe à insuline	80 % Frais admissibles de 7 500 \$ / 60 mois	80 % Frais admissibles de 7 500 \$ / 60 mois	80 % Frais admissibles de 7 500 \$ / 60 mois	
Accessoires pour pompe à insuline	80 % Frais d'achat et d'entretien (tubulures et cathéters)	80 % Frais d'achat et d'entretien (tubulures et cathéters)	80 % Frais d'achat et d'entretien (tubulures et cathéters)	
Prothèses capillaires	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / 60 mois	80 % Remboursement maximal de 300 \$ / 60 mois	

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 24 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 24 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Autres frais médicaux (suite)				
Prothèses externes et membres artificiels	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces articles	80 % Remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces articles	Non
Prothèses mammaires		80 %	80 %	Oui
Soutiens-gorges postopératoires	80 % Remboursement maximal de 200 \$ pour 1 seul soutien-gorge / année civile	80 % Remboursement maximal de 200 \$ pour 1 seul soutien-gorge / année civile	80 % Remboursement maximal de 200 \$ pour 1 seul soutien-gorge / année civile	
Voyage				
Assurance voyage avec assistance ¹	100 % 5 000 000 \$ / voyage	100 % 5 000 000 \$ / voyage	100 % 5 000 000 \$ / voyage	Oui pour certains frais, selon les indications du service d'assistance
Assurance annulation de voyage	100 % 5 000 \$ / voyage	100 % 5 000 \$ / voyage	100 % 5 000 \$ / voyage	Non

¹ Avant de partir en voyage, si vous savez que vous avez une maladie ou si votre état de santé n'est pas stable, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de Beneva au 1 800 465-2928 pour vérifier votre couverture en assurance voyage.

RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (participation facultative) – Participation minimale de 48 mois			
GARANTIES	POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT	MAXIMUM DE REMBOURSEMENT	PRESCRIPTION MÉDICALE
Soins dentaires préventifs ²	80 %	Aucun maximum, sous réserve des dispositions de la section 3	Non
• Examen buccal clinique			
• Radiographies			
• Examens de laboratoire et tests			
• Prévention (polissage, détartrage, etc.)			
• Correction des habitudes buccales			
• Appareil de maintien			
Soins dentaires de base			
• Dentisterie opératoire (restauration, facette, etc.)			
• Parodontie (traitement des infections, chirurgie, jumelage, etc.)			
• Chirurgie buccale (ablation de dents, trauma, etc.)			
Soins d'endodontie	80 %	Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée, sous réserve des dispositions de la section 3 (voir en particulier le point 3.4)	
• Endodontie (traitement de canal)			
Soins de restauration majeure et prothèses	50 %		
• Prothèse fixe (couronne), prothèses amovibles (complète et partielle)			
• Prothèse, services complémentaires			
• Pont fixe ³			
• Prothèses sur implants ⁴			

² Une fois par période de 9 mois pour : examen de rappel ou périodique, polissage, application topique de fluorure et détartrage.

³ Les frais pour pont fixe peuvent être reconnus comme admissibles jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une prothèse amovible équivalente.

⁴ Les frais pour prothèses sur implants peuvent être reconnus comme admissibles jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à un traitement alternatif équivalent prévu au contrat, lors de la mise en bouche finale de la prothèse sur implant. Les frais engagés pour les actes ou traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.) ne sont pas admissibles.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I : ASSURANCE VIE ET ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation obligatoire)	
GARANTIES	DESCRIPTION
Assurance vie de base de la personne adhérente	1 fois le salaire annuel brut
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente (facultative)	1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut (preuves d'assurabilité requises – la personne adhérente doit également participer à l'assurance vie de base de la personne adhérente)
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	5 000 \$ au décès de la personne conjointe 5 000 \$ au décès d'un enfant à charge âgé de 24 heures ou plus Accordé automatiquement lorsque la personne adhérente choisit un statut de protection monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance maladie
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (facultative)	1 à 10 unités de 10 000 \$ (preuves d'assurabilité requises - la personne adhérente doit également participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge)
Assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente	De 15 000 \$ à 60 000 \$, selon la perte
Assurance salaire de longue durée de la personne adhérente	
• Prestations • Durée • Début des prestations • Indexation	• 72 % du salaire net • Tant que dure l'invalidité totale, sans excéder l'âge de 65 ans (60 ans pour les invalidités ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2016) • À compter de la 105^e semaine d'invalidité totale • Après 12 mois de prestations de Beneva, le 1^{er} janvier de chaque année, selon l'indice utilisé par la RRQ (maximum annuel : 3 %)
RÉGIME D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES RETRAITÉES (participation facultative)	
GARANTIES	DESCRIPTION
Assurance vie de la personne retraitée	De 1 à 20 unités de 5 000 \$
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	5 000 \$ au décès de la personne conjointe 2 000 \$ au décès d'un enfant à charge âgé de 24 heures ou plus
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	1 à 10 unités de 5 000 \$ (preuves d'assurabilité requises si nouvelle personne conjointe)

2. ENTRÉE EN VIGUEUR ET MODIFICATION DE L'ASSURANCE

Le tableau ci-dessous résume les dispositions applicables à chaque régime lors de l'entrée en vigueur ou lors d'un changement de statut ou de choix, selon la date de réception de la demande par l'employeur ou par Beneva, selon le cas. Pour une description complète, consulter la section 1.

Des règles particulières sont applicables dans le cas où la personne adhérente travaille 25 % ou moins du temps complet (voir le point 4 de la présente section « Votre régime en un coup d'oeil »).

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)	Adhésion et fin d'exemption	Adhésion : le régime et le statut de protection choisis entrent en vigueur : - à la date d'admissibilité à l'assurance, s'il s'agit d'une nouvelle adhésion; - à la date de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption. Fin d'exemption : voir le point 1.3 4) b) de la présente brochure pour connaître les règles applicables quant au choix du régime d'assurance maladie. Sous réserve du fait qu'elle ne peut pas débiter avant celle de la personne salariée, l'assurance des personnes à charge est assujettie aux mêmes règles.	Adhésion : le régime maladie de base avec le statut de protection individuel entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance. Fin d'exemption : le régime maladie de base avec le statut de protection demandé entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur. L'assurance des personnes à charge entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur. Tout changement de statut de protection ou de régime est assujetti aux règles décrites ci-après.

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)	Modification du statut de protection (individuel, couple, monoparental, familial) a) à la hausse	Une personne adhérente assurée selon un statut de protection individuel, monoparental ou couple peut assurer sa personne conjointe ou ses enfants à charge dès que ces personnes deviennent admissibles à l'assurance ou dès qu'elles cessent d'être assurées par un régime collectif d'assurance médicaments. Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance de la personne à charge ou à la date où elle cesse d'être assurée par un autre régime collectif.	Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur.
	b) à la baisse	Une personne adhérente assurée selon un statut de protection familial, couple ou monoparental demeure assurée selon ce statut tant qu'elle a une ou des personnes à charge admissibles. Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur.	

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)	Modification du régime (base, intermédiaire, supérieur) a) à la hausse	Une personne adhérente assurée selon le régime maladie de base ou le régime maladie intermédiaire peut faire modifier son assurance en faveur d'un régime plus avantageux en tout temps. La date d'entrée en vigueur d'une telle modification est le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit le formulaire. Important – Le régime ne peut pas être modifié à la hausse si la personne adhérente est totalement invalide à la date où la modification entrerait en vigueur.	
	b) à la baisse	Une personne adhérente assurée selon le régime maladie intermédiaire ou le régime maladie supérieur peut faire modifier son assurance en faveur d'un régime moins avantageux, à la condition d'avoir participé au moins 24 mois au régime qu'elle veut remplacer. Si la personne adhérente a bénéficié d'une période d'exemption ou d'une période pendant laquelle elle a maintenu le régime maladie de base en raison d'une absence temporaire du travail ou d'une diminution de son temps travaillé à 25 % ou moins du temps complet, la durée de ces périodes est comptabilisée dans le calcul de la période minimale de participation de 24 mois prévue ci-dessus. La date d'entrée en vigueur d'une telle modification est le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit le formulaire.	
	Début d'exemption	L'exemption débute à la date d'admissibilité à l'assurance ou à la date de l'événement ouvrant droit à l'exemption.	L'exemption débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur.

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
ASSURANCE SOINS DENTAIRES (participation facultative) Participation minimale de 48 mois	Adhésion et fin d'exemption	Adhésion : le régime et le statut de protection choisi¹ entrent en vigueur à la plus tardive des dates suivantes : - à la date d'admissibilité à l'assurance; - à la date d'admissibilité à l'assurance d'une nouvelle personne à charge. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail. Si la personne adhérente était assurée par un autre régime d'assurance soins dentaires offrant des protections similaires, le régime et le statut de protection entrent en vigueur à la date de fin de l'admissibilité à cet autre régime, et ce, peu importe si la personne adhérente était au travail ou apte au travail. Fin d'exemption : le régime et le statut de protection choisi¹ entrent en vigueur à la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, et ce, peu importe si la personne adhérente était au travail ou apte au travail. Les soins décrits aux points 3.3 3) Soins d'endodontie remboursables à 80 % et 3.3 4) Soins de restauration majeure et prothèses remboursables à 50 % sont assujettis aux maximums décrits au point 3.4 de la présente brochure. Sous réserve du fait qu'elle ne peut pas débiter avant celle de la personne salariée, l'assurance des personnes à charge est assujettie aux mêmes règles.	Le régime et le statut de protection demandé entrent en vigueur à la période de paie qui suit la date de réception de la demande par l'employeur. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la période de paie qui suit la date de son retour effectif au travail.

¹ Le statut de protection choisi en assurance maladie détermine les statuts pouvant être choisis en assurance soins dentaires. Voir le point 1.3 3) pour les combinaisons possibles.

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
ASSURANCE SOINS DENTAIRES (participation facultative)	Modification du statut de protection (individuel, monoparental, couple ou familial) a) à la hausse	Une personne adhérente assurée selon un statut de protection individuel, monoparental ou couple peut assurer sa personne conjointe ou ses enfants à charge dès que ces personnes deviennent admissibles à l'assurance ou dès qu'elles cessent d'être assurées par un régime collectif d'assurance soins dentaires. Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance de la personne à charge ou à la date où elle cesse d'être assurée par un autre régime collectif.	Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, le nouveau statut entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui suit la date de son retour effectif au travail. Le remboursement maximal applicable aux personnes à charge est le même que celui applicable à la personne adhérente.
	b) à la baisse	Une personne adhérente assurée selon un statut de protection familial, couple ou monoparental demeure assurée selon ce statut tant qu'elle a une ou des personnes à charge admissibles. Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur.	
	Fin de la participation	Le régime prend fin à la fin de la période de paie au cours de laquelle elle met fin à sa participation au régime. La personne adhérente doit avoir participé au moins 48 mois à ce régime.	

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
ASSURANCE SOINS DENTAIRES (participation facultative)	Début d'exemption	L'exemption débute à la date d'admissibilité à l'assurance ou à la date de l'évènement ouvrant droit à l'exemption.	L'exemption débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de réception de la demande par l'employeur.
		Important – Pour être exemptée de participer au régime d'assurance soins dentaires, la personne doit démontrer à Beneva qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, sont couvertes par un régime d'assurance soins dentaires offrant des protections similaires.	
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (participation obligatoire ou facultative, selon le cas)	1. ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (participation obligatoire avec droit de renonciation) ²		
	Adhésion	Le régime entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	
	Renonciation (voir le point 1.6 à ce sujet)	Le régime prend fin le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit l'acceptation de la demande par Beneva.	
	2. ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE ³ (participation facultative)		
	Adhésion	Le régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit l'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva. Le régime d'assurance vie de base de la personne adhérente doit être en vigueur et la personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	
	Fin de la participation	Le régime prend fin à la fin de la période de paie au cours de laquelle elle informe l'employeur de sa volonté de cesser de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.	

² Si la personne adhérente a renoncé à son assurance vie de base et désire par la suite y participer, elle doit le demander par écrit à Beneva et fournir les preuves d'assurabilité requises.

Régime	Situation	Date de réception de la demande	
		Dans les 30 jours suivant la date de l'événement	Plus de 30 jours après la date de l'événement
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (participation obligatoire ou facultative, selon le cas)	3. ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE (participation obligatoire selon le statut de protection détenu pour le régime d'assurance maladie)		
	Adhésion	Le régime entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur du statut de protection monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance maladie.	
	Fin de la participation	Le régime prend fin à la date d'entrée en vigueur du statut de protection individuel ou du début de l'exemption pour le régime d'assurance maladie.	
	4. ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE ³ (participation facultative)		
	Adhésion	Le régime entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit l'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	
	Fin de la participation	Le régime prend fin à la fin de la période de paie au cours de laquelle la personne adhérente informe l'employeur de sa volonté de cesser de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.	
	5. ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE (participation obligatoire)		
	Adhésion	Le régime entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	
	6. ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation obligatoire avec droit de retrait)		
	Adhésion	Le régime entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	
	Retrait (voir le point 1.3 1) c) à ce sujet)	Le régime prend fin le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit l'acceptation de la demande par Beneva.	

³ Les garanties d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe sont dans tous les cas assujetties à la présentation de preuves d'assurabilité à la satisfaction de Beneva, autant au moment de l'adhésion que lors d'une demande d'augmentation du montant d'assurance.

3. ABSENCES TEMPORAIRES DU TRAVAIL

Le tableau ci-dessous décrit les dispositions applicables selon le type d'absence temporaire du travail.

Types de congé ou d'absence	Participation à l'assurance au cours de la période d'absence temporaire au travail
Congé sans rémunération (28 jours et moins) Congé partiel sans rémunération Congé avec rémunération Suspension (28 jours et moins)	La participation à tous les régimes est maintenue. La personne adhérente et l'employeur doivent payer leur prime respective. Dans le cas du congé partiel sans rémunération, la prime est basée sur le 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.
Congé sans rémunération (plus de 28 jours) Suspension (plus de 28 jours)	La personne adhérente doit soumettre une demande écrite à l'employeur avant le début de l'absence. Elle doit choisir entre les 3 options suivantes : • participer uniquement au régime maladie de base; • maintenir sa participation au régime d'assurance maladie détenu avant le début de l'absence; • maintenir sa participation aux régimes auxquels 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 régime d'assurance maladie détenu avant le début de l'absence est maintenue. La personne adhérente doit payer elle-même la prime totale par l'entremise de l'employeur. La personne adhérente et l'employeur doivent poursuivre le paiement de leur part respective de la prime à l'égard du maintien de participation au régime d'assurance maladie lors d'un congé pour des raisons familiales ou parentales prévu par la loi. De plus, lors d'un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes, les mêmes règles s'appliquent. Les montants versés par un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes viennent réduire les prestations payables par le présent régime.

Types de congé ou d'absence	Participation à l'assurance au cours de la période d'absence temporaire au travail
Congé à traitement différé	Pendant la période de contribution, la personne adhérente doit maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait déjà avant le début de cette période. Les primes et les prestations du régime complémentaire I pour l'assurance vie de la personne adhérente et l'assurance salaire de longue durée sont déterminées sur la base du salaire réduit. La personne adhérente peut choisir de maintenir sa participation sur la base du salaire qu'elle recevrait si elle ne participait pas au régime de congé à traitement différé, mais dans un tel cas, elle doit en aviser Beneva avant le début de la période de contribution. En ce qui concerne la période de congé, la personne adhérente doit faire un choix entre les trois options suivantes : • participer uniquement au régime maladie de base; • maintenir sa participation au régime d'assurance maladie détenu avant le début de l'absence; • maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait avant le début de l'absence. La personne adhérente doit payer elle-même la prime totale par l'entremise de l'employeur. Si la personne adhérente maintient sa participation au régime complémentaire I, les primes et les prestations de l'assurance vie de la personne adhérente et de l'assurance salaire de longue durée sont déterminées sur la même base de salaire que celle qui s'est appliquée pendant la période de contribution.
Congédiement contesté	Pendant une période où une personne adhérente congédiée conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, elle doit choisir entre les deux options suivantes : • maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait avant la date du congédiement, sauf à l'égard de l'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I; • participer uniquement au régime maladie de base. Dans les deux cas, la personne adhérente doit payer à Beneva la totalité de la prime requise jusqu'à ce que la décision finale soit rendue. La personne adhérente ne peut participer à l'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I tant que la décision finale sur le grief ou le recours à l'arbitrage n'est pas connue.

Types de congé ou d'absence	Participation à l'assurance au cours de la période d'absence temporaire au travail
Congédiement contesté (suite)	Si la décision est favorable à la personne adhérente et qu'elle retourne au travail, tous les régimes auxquels elle participait avant la date du congédiement sont remis en vigueur à la date de la décision. Dans le cas où la personne adhérente avait choisi de maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait avant la date du congédiement, elle doit payer les primes du régime d'assurance salaire de longue durée rétroactivement à la date du congédiement, compte tenu que ce régime est remis en vigueur à cette même date. Si la personne est devenue totalement invalide pendant la période de contestation, le délai de carence commence à courir à la date du début de son invalidité. Si la décision est défavorable à la personne adhérente, celle-ci n'est plus admissible au régime d'assurance collective à compter de la date de la décision.
Grève, lock-out ou cessation concertée de travail	La participation au régime d'assurance maladie détenu avant la période d'absence est maintenue durant les 30 premiers jours de la grève, du lock-out ou de la cessation concertée de travail. La participation aux autres garanties est suspendue. L'APTS et l'Assureur peuvent toutefois convenir que la participation à certaines garanties ou à l'ensemble d'entre elles est maintenue. Dans tous les cas, la participation au régime d'assurance maladie doit être maintenue au moins les 30 premiers jours. La personne adhérente et l'employeur doivent payer leur prime respective et celle-ci doit être versée à Beneva.

Types de congé ou d'absence	Participation à l'assurance au cours de la période d'absence temporaire au travail
Programme de retraite progressive	La participation à tous les régimes est maintenue. La personne adhérente et l'employeur doivent payer leur prime respective. Pour le régime complémentaire I, les primes et les prestations de l'assurance vie de la personne adhérente et de l'assurance salaire de longue durée sont basées sur le salaire que l'employeur verse à la personne adhérente pour le temps effectivement travaillé et qui doit être communiqué à Beneva avant le début du programme. Une personne adhérente qui désire cesser sa participation à l'assurance salaire de longue durée doit soumettre une demande à Beneva avant le début du programme de retraite progressive et les dispositions suivantes s'appliquent : • si l'entente concernant le programme a une durée égale ou inférieure à 24 mois, la participation à l'assurance salaire de longue durée cesse dès l'entrée en vigueur de l'entente; • si l'entente concernant le programme a une durée supérieure à 24 mois, la participation à l'assurance salaire de longue durée cesse au plus tard 24 mois avant la fin initialement prévue pour l'entente. Si la personne adhérente est alors totalement invalide et qu'elle l'est devenue pendant que son assurance était toujours en vigueur, la fin de la participation ne la prive pas du droit de toucher des prestations, qui peut se poursuivre jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 65 ans (60 ans si l'invalidité totale a débuté avant le 1^{er} janvier 2016).

4. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX PERSONNES SALARIÉES TRAVAILLANT 25 % OU MOINS DU TEMPS COMPLET

La nouvelle personne salariée admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet doit manifester son désir de participer à l'assurance au moyen d'un avis écrit à l'employeur dans les 10 jours suivant la date à laquelle elle a reçu l'avis de ce dernier l'informant du pourcentage du temps qu'elle a travaillé par rapport au temps complet au cours de ses trois premiers mois d'emploi.

La nouvelle personne salariée admissible qui ne soumet pas de demande écrite à l'employeur dans le délai de 10 jours prévu ci-dessus se voit octroyer uniquement le régime maladie de base du régime d'assurance maladie avec un statut de protection individuel.

La personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet qui participe au régime d'assurance maladie, au régime complémentaire I et/ou au régime d'assurance soins dentaires (facultatif) est soumise aux mêmes règles de participation, selon le régime concerné, qu'une personne salariée qui travaille plus de 25 % du temps complet et elle doit maintenir sa participation à ces régimes tant qu'elle travaille 25 % ou moins du temps complet.

Le tableau présenté aux pages suivantes détaille les règles applicables lors d'une nouvelle adhésion ainsi que lorsque le pourcentage de temps travaillé est révisé en cours d'assurance.

Situation		Date de réception de la demande	
		Dans les 10 jours suivant la date de l'avis de l'employeur	Plus de 10 jours après l'avis de l'employeur
NOUVELLE PERSONNE SALARIÉE ADMISSIBLE	A) Si la personne salariée ne participe pas aux régimes de la convention collective (régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée)	Le régime d'assurance maladie et le statut de protection choisis entrent en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance. La personne adhérente qui participe seulement au régime d'assurance maladie ou en est exemptée peut choisir de participer aux autres garanties du régime le 1^{er} janvier de chaque année en le demandant par écrit à l'employeur avant le 30 novembre précédent. Les autres garanties entrent alors en vigueur le 1^{er} janvier si la personne adhérente est au travail ou apte au travail à cette date; sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	Le régime maladie de base avec un statut de protection individuel entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance.
	B) Si la personne salariée participe aux régimes de la convention collective (régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée)	La personne salariée doit participer à toutes les garanties, sous réserve du droit d'exemption. Les régimes entrent en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance. Pour les garanties autres que le régime d'assurance maladie, la personne adhérente doit être au travail ou apte au travail; sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	Le régime maladie de base avec un statut de protection individuel entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance.

Situation		Date de réception de la demande	
		Dans les 10 jours suivant la date de l'avis de l'employeur	Plus de 10 jours après l'avis de l'employeur
ÉVALUATION DU POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ	A) Si le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet	Sous réserve du droit d'exemption, les règles suivantes s'appliquent pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence (période de 12 mois complets se terminant le 31 octobre de l'année précédente) : • si elle décide de ne pas participer aux régimes d'assurance prévus à la convention collective, elle doit maintenir la participation au régime maladie de base; • si elle participe aux régimes d'assurance prévus à la convention collective, elle doit maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait avant l'évaluation de son temps travaillé. Le régime maladie de base entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de réception de la demande par l'employeur. La participation aux autres garanties cesse le 31 décembre si seule l'assurance maladie est maintenue.	À compter du 1 ^{er} janvier suivant la date de la réception de l'avis de l'employeur, la participation de la personne adhérente est maintenue uniquement pour le régime d'assurance maladie de base. La participation aux autres garanties cesse le 31 décembre.

Situation		Date de réception de la demande	
		Dans les 10 jours suivant la date de l'avis de l'employeur	Plus de 10 jours après l'avis de l'employeur
ÉVALUATION DU POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ (suite)	B) Si le pourcentage de temps travaillé a augmenté à plus de 25 % du temps complet	La personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a augmenté à plus de 25 % du temps complet au cours de la période de référence (période de 12 mois complets se terminant le 31 octobre de l'année précédente) doit participer à tous les régimes dès le 1 ^{er} janvier suivant selon les mêmes règles de participation que les personnes travaillant plus de 25 % du temps complet. La personne adhérente doit être au travail ou apte au travail le 1 ^{er} janvier en question; sinon, à la date de son retour effectif au travail.	La personne adhérente doit participer à tous les régimes dès le 1 ^{er} janvier suivant selon les mêmes règles de participation que les personnes travaillant plus de 25 % du temps complet, pourvu qu'elle soit au travail ou apte au travail à cette date; sinon, à la date de son retour effectif au travail.
	C) Si le pourcentage de temps travaillé est demeuré à 25 % ou moins du temps complet	La personne adhérente qui participe seulement au régime d'assurance maladie ou en est exemptée peut choisir de participer aux autres garanties du régime le 1 ^{er} janvier de chaque année en le demandant par écrit à l'employeur avant le 30 novembre précédent. Les autres garanties entrent alors en vigueur le 1 ^{er} janvier si la personne adhérente est au travail ou apte au travail à cette date; sinon, l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail.	La personne adhérente doit conserver les régimes auxquels elle participait avant l'évaluation du pourcentage de temps travaillé.
	Important – Dans le cas où la personne adhérente a choisi de participer uniquement au régime maladie de base et qu'elle participait, avant la révision de son temps travaillé, au régime maladie intermédiaire ou supérieur ou au régime d'assurance soins dentaires, elle doit reprendre sa participation à ces régimes lorsqu'elle demande de participer à nouveau aux autres garanties si la période minimale de participation de 24 mois pour le régime d'assurance maladie ou 48 mois pour le régime d'assurance soins dentaires n'est pas complétée. La durée de sa participation au régime maladie de base est alors comptabilisée dans la période de 24 mois pour le régime d'assurance maladie ou 48 mois pour le régime d'assurance soins dentaires. De plus, une personne salariée déjà admissible, travaillant 25 % ou moins du temps complet, qui ne participait pas à l'assurance et qui devient une personne salariée à temps complet, doit adhérer à ce moment au régime complémentaire I. De plus, elle dispose d'une période de 30 jours pour adhérer au régime d'assurance soins dentaires.		

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, indépendamment de toute autre cause.

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

Compagne ou compagnon de voyage : personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Dent saine : dent qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Se dit aussi d'une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale.

Employeur : un établissement régi par la convention collective ou tout employeur ou catégorie d'employeur accepté par l'APTS.

Frais de voyage payés d'avance : se dit des sommes suivantes :

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

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), à l'exclusion de toute partie de ce centre qui est réservée aux soins de longue durée. Le terme désigne aussi tout établissement situé à l'extérieur du Québec et qui répond aux mêmes normes.

Hôte à destination : personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Invalidité totale :

Pendant les 48 premiers mois d'une 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, d'un don d'organe ou de moelle osseuse, faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la personne adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Par la suite, une « invalidité totale » est un état d'incapacité de la personne adhérente 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 et qui rend la personne adhérente totalement incapable d'exercer toute occupation

rémunératrice ou de faire un travail pouvant lui rapporter un profit ou un salaire et pour lesquels son éducation, sa formation ou son expérience l'ont raisonnablement préparée, et cela sans égard à la disponibilité d'emploi.

Maladie : détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par une ou un médecin, ainsi que toute intervention chirurgicale liée à la planification familiale. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

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

Période d'invalidité totale :

Pour les invalidités totales ayant débutées avant le 1^{er} novembre 2022 :

Au cours des 104 premières semaines d'invalidité totale, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de **15 jours** 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 étrangers à la cause de l'invalidité totale précédente.

Au cours des 52 semaines suivantes, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de **90 jours** 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 étrangers à la cause de l'invalidité précédente.

Par la suite, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de **6 mois** de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet. Toute période d'invalidité totale résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étrangers à la cause de l'invalidité totale précédente est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale, sauf si cette nouvelle invalidité survient lorsqu'une période d'invalidité totale est déjà en cours.

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.

Restrictions : Les périodes suivantes ne sont pas considérées comme des périodes d'invalidité totale aux fins du régime :

- a) une période d'invalidité résultant de maladie, blessure ou mutilation qui a été volontairement causée par la personne adhérente elle-même, sans égard à son état d'esprit. La tentative de suicide n'est toutefois pas visée par cette restriction;
- b) une période d'invalidité résultant de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels;
- c) une période d'invalidité résultant d'une guerre déclarée ou non;
- d) une période au cours de laquelle la personne adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et qui est approuvé par la CNESST.

Pour les invalidités totales ayant débutées le 1^{er} novembre 2022 ou après :

Au cours des 104 premières semaines d'invalidité totale, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de **15 jours** 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 étrangers à la cause de l'invalidité totale précédente.

Par la suite, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de **90 jours** 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 étrangers à la cause de l'invalidité précédente.

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.

Restrictions : Les périodes suivantes ne sont pas considérées comme des périodes d'invalidité totale aux fins du régime :

- a) une période d'invalidité résultant de maladie, blessure ou mutilation qui a été volontairement causée par la personne adhérente elle-même, sans égard à son état d'esprit. La tentative de suicide n'est toutefois pas visée par cette restriction;
- b) une période d'invalidité résultant de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels;
- c) une période d'invalidité résultant d'une guerre déclarée ou non;
- d) une période au cours de laquelle la personne adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et qui est approuvé par la CNESST.

Personne à charge : personne conjointe d'une personne adhérente ou enfant à charge, tels que définis ci-après :

- a) Personne conjointe :
 - i) personne liée à la personne adhérente par un mariage ou une union civile qui est légalement reconnu au Québec; ou
 - ii) personne que la personne adhérente a désignée comme telle par écrit à Beneva, qu'elle présente publiquement comme sa personne conjointe et avec qui :
 - elle fait régulièrement vie commune si un enfant est né de leur union; ou
 - elle fait régulièrement vie commune depuis au moins 1 an s'il n'est pas né d'enfant de leur union.

La personne perd son statut de personne conjointe dans les cas suivants :

- dissolution de mariage par divorce ou annulation;
- révocation d'union civile;
- séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait et séparation depuis plus de 3 mois dans le cas d'un mariage ou d'une union civile;
- désignation écrite d'une autre personne conjointe par la personne adhérente.

En présence de deux personnes conjointes, une seule est reconnue comme telle pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- la personne conjointe admissible qui a été la dernière à être désignée comme telle par un avis écrit de la personne adhérente à Beneva, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible;
 - la personne conjointe à qui la personne adhérente est unie par les liens du mariage ou de l'union civile.
- b) **Enfant à charge** : tout enfant célibataire de la personne adhérente, de la personne conjointe ou des deux, ou à l'égard duquel la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur, y compris 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. Il doit aussi résider au Canada ou y être domicilié et la personne adhérente ou la personne conjointe doit assumer son soutien. De plus, pour être considéré comme enfant à charge aux fins du régime, il doit être :
- i) âgé de moins de 18 ans; ou
 - ii) âgé de 18 ans ou plus mais moins de 26 ans, et la personne adhérente doit prouver à la satisfaction de Beneva qu'il fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit une maison d'enseignement reconnue; ou
 - iii) âgé de 18 ans ou plus, atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (L.R.Q. ch. A-29.01, r.2) lorsqu'il était considéré comme enfant à charge selon les conditions précédentes, et être demeuré totalement invalide de façon ininterrompue depuis lors.

Congé sabbatique scolaire

Malgré ce qui précède, un enfant qui prend un congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge. Une demande écrite précisant la date prévue du début du congé doit alors être soumise à Beneva et avoir été acceptée avant le début du congé. Ce maintien du statut d'enfant à charge ne peut durer plus de 12 mois et doit se terminer au début d'une année scolaire (septembre) ou de la session d'hiver (janvier), mais il ne peut pas se poursuivre si l'enfant cesse d'être admissible au Régime d'assurance maladie du Québec. Les frais admissibles à l'égard d'un tel congé ne peuvent excéder 1 000 000 \$. Ce congé peut être accordé à un enfant à charge une seule fois, sa vie durant.

Personne adhérente : toute personne salariée assurée en vertu du régime.

Personne associée en affaires : personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 personnes associées ou moins.

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

Personne salariée : toute personne salariée assujettie à la convention collective. Le terme sert aussi à désigner les personnes salariées libérées pour activités syndicales aux termes de la convention collective et les personnes salariées de l'APTS.

Proche parent : personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur. Selon le contexte, peut aussi désigner une ou un ami dans le cas où la personne assurée n'a aucun proche parent.

Salaire : salaire régulier qu'elle recevrait si elle était au travail. Les primes de soir, de nuit, de fin de semaine et de quart de rotation sont exclues.

Salaire net : salaire, diminué des impôts fédéral et provincial, des cotisations à l'assurance emploi (AE), au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), au Régime de rentes du Québec (RRQ) et au Régime de pensions du Canada (RPC).

Voyage : aux fins de l'assurance voyage avec assistance, le terme voyage désigne tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour. Aux fins de l'assurance annulation de voyage, le terme voyage désigne le déplacement d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. De plus, pour être reconnu comme un voyage, le déplacement doit être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial et doit nécessiter une période d'absence incluant au moins 2 nuits consécutives. Pour être considérée comme un voyage, une croisière doit avoir une durée incluant au moins 2 nuits consécutives et être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

1.2 ADMISSIBILITÉ

1) Personne salariée

- a) Toute personne salariée est admissible à l'assurance après avoir complété l'une des périodes de service indiquées ci-dessous, qu'elle ait ou non terminé sa période de probation :
 - i) après 1 mois de service continu si elle est une personne salariée détentrice de poste engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet;
 - ii) après 3 mois de service continu si elle est une personne salariée non détentrice de poste engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet ou une personne salariée engagée à temps partiel ou non détentrice de poste qui travaille moins de 70 % du temps complet.
- b) Si une personne salariée est replacée dans un autre emploi en vertu du régime de sécurité d'emploi de la convention collective, son admissibilité à l'assurance chez son nouvel employeur est déterminée en tenant compte de sa durée d'emploi chez l'employeur précédent. La période de 1 mois ou de 3 mois prévue ci-dessus ne s'applique pas dans les cas où, après avoir quitté son employeur depuis 30 jours ou moins, la personne salariée revient chez le même employeur ou commence à travailler pour un nouvel employeur, et ce, à l'intérieur du réseau de la Santé et des Services sociaux. La durée de l'emploi de la personne salariée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'unité de négociation est également utilisée aux fins du présent paragraphe.

2) **Personnes à charge**

Toute personne à charge d'une personne salariée est admissible à l'assurance à la plus tardive des dates suivantes :

- a) la date d'admissibilité de la personne salariée;
- b) la date à laquelle elle devient une personne à charge.

3) **Personne retraitée réembauchée**

Aucune personne retraitée réembauchée n'est admissible au présent régime d'assurance collective.

1.3 PARTICIPATION

1) **Personne salariée**

a) Régime d'assurance maladie

La participation au régime d'assurance maladie est obligatoire pour toute personne salariée admissible, sous réserve du droit d'exemption décrit au point 1.3.4). La personne doit toutefois choisir entre les 3 régimes suivants :

- régime maladie de base
- régime maladie intermédiaire
- régime maladie supérieur

La personne salariée doit avoir participé pendant au moins 24 mois au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur avant de pouvoir modifier son choix à la baisse.

Personne salariée de 65 ans ou plus

Malgré la durée minimale de participation prévue au régime choisi, une personne de 65 ans ou plus peut choisir de s'assurer en vertu du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Une personne salariée qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ peut se prévaloir du droit d'exemption mais elle ne peut plus par la suite être admise dans le régime d'assurance maladie. Ce choix de devenir assurée auprès de la RAMQ peut aussi être exercé par une personne conjointe de 65 ans ou plus.

b) Régime d'assurance soins dentaires

La participation au Régime d'assurance soins dentaires est facultative pour toute personne salariée admissible qui participe au régime d'assurance maladie ou qui en est exemptée. Toutefois, la durée minimale de participation à ce régime est de 48 mois consécutifs. Lors d'un transfert d'un autre contrat d'assurance, cette période de 48 mois consécutifs est comptabilisée à partir de la date initiale d'adhésion à un régime d'assurance soins dentaires auquel participait la personne salariée oeuvrant dans le secteur de la Santé et des Services sociaux.

c) Régime complémentaire I

La participation au régime complémentaire I est obligatoire pour toute personne salariée admissible qui participe au régime d'assurance maladie ou qui en est exemptée, sous réserve de ce qui suit :

- i) la personne salariée peut se prévaloir du droit de renonciation à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente (voir le point 1.6); si elle exerce ce droit, elle ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;

- ii) la participation à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est facultative.
- iii) la personne salariée peut se prévaloir du droit de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :
 - participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 années ou plus de service;
 - avoir signé une entente de départ à la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a 2 ans ou moins à courir entre la date de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée et la date de départ à la retraite;
 - être âgée de 59 ans ou plus;
 - être âgée de 58 ans ou plus et détenir 28 années ou plus de service au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

L'exercice du droit de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée est irrévocable.

Les dispositions particulières applicables aux **personnes salariées travaillant 25 % ou moins du temps complet** sont décrites au point 4 de la section « Votre régime en un coup d'oeil », au début de la présente brochure.

2) **Personnes à charge**

a) Régime d'assurance maladie

Toute personne adhérente doit assurer ses personnes à charge en vertu du régime d'assurance maladie, sous réserve du droit d'exemption et des dispositions s'appliquant aux personnes conjointes de 65 ans ou plus. Le choix que fait la personne adhérente entre le régime maladie de base, le régime maladie intermédiaire et le régime maladie supérieur s'applique aussi à ses personnes à charge.

b) Régime d'assurance soins dentaires

La participation des personnes à charge au régime d'assurance soins dentaires est facultative, selon les règles prévues au point 1.3.3).

c) Régime complémentaire I

La participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est obligatoire pour les personnes à charge assurées en vertu du régime d'assurance maladie. Toutefois, la personne adhérente qui s'exempte de participer au régime d'assurance maladie ou qui choisit un statut de protection individuel ne peut pas participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

Une personne adhérente qui participe uniquement au régime d'assurance maladie parce qu'elle travaille 25 % ou moins du temps complet ou parce qu'elle est en période d'absence temporaire du travail ne peut pas participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge, peu importe son statut de protection.

La participation à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est facultative mais conditionnelle à la participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge. Toutefois, la personne salariée doit être au travail ou apte au travail à la date où elle en fait la demande.

3) Statut de protection

Les régimes pour lesquels un statut de protection doit être déterminé sont le régime d'assurance maladie et le régime d'assurance soins dentaires. Les statuts de protection possibles sont les suivants :

Statut de protection	Personnes assurées
Individuel - I	La personne adhérente
Monoparental - M	La personne adhérente et ses enfants à charge
Couple - C	La personne adhérente et sa personne conjointe
Familial - F	La personne adhérente et ses personnes à charge

Le statut de protection d'une personne adhérente en vertu du régime d'assurance maladie détermine ses possibilités de statut de protection en vertu du régime d'assurance soins dentaires. Les combinaisons possibles sont les suivantes :

Régime	Combinaisons								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Assurance maladie	I	M	M	C	C	F	F	F	F
Assurance soins dentaires	I	M	I	C	I	F	C	M	I

La personne adhérente qui obtient une exemption de participation au régime d'assurance maladie peut s'assurer selon le statut de protection individuel, monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance soins dentaires.

4) Droit d'exemption

Une personne salariée admissible ou une personne adhérente peut refuser ou cesser de participer au régime d'assurance maladie. Pour se prévaloir de ce droit, elle doit en faire la demande à Beneva par l'entremise de son employeur et démontrer à ce dernier qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments. De plus, toute personne de 65 ans ou plus qui est assurée en vertu du RGAM administré par la RAMQ peut s'exempter de participer au régime d'assurance maladie. Le droit d'exemption permet aussi de cesser de participer au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur même si la période minimale de participation de 24 mois n'est pas complétée.

Pour être exemptée de participer au régime d'assurance soins dentaires, la personne salariée admissible ou la personne adhérente doit en faire la demande à Beneva par l'entremise de son employeur et démontrer à Beneva qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, sont assurées par un régime similaire d'assurance soins dentaires. Le droit d'exemption permet aussi de cesser de participer au régime d'assurance soins dentaires même si la période minimale de participation de 48 mois n'est pas complétée.

a) Début d'exemption

- i) L'exemption d'une nouvelle personne salariée débute à sa date d'admissibilité si, au plus tard 30 jours après cette date, Beneva reçoit la demande écrite dûment remplie. Sinon, elle débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit la demande.
- ii) 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, Beneva reçoit la demande écrite dûment remplie. Sinon, elle débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit la demande.

b) Fin d'exemption

La personne adhérente qui est exemptée de participer au régime d'assurance maladie ou au régime d'assurance soins dentaires peut y adhérer plus tard, à la condition de démontrer de manière jugée satisfaisante par Beneva :

- i) qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, étaient antérieurement assurées en vertu de l'assurance concernée ou de toute autre assurance collective similaire; et
- ii) qu'il est devenu impossible pour elle, et ses personnes à charge le cas échéant, de continuer à être assurées par le régime ayant permis l'exemption.

Si la demande de fin d'exemption est reçue par Beneva dans les 30 jours suivant la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption :

Son assurance entre en vigueur à la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

Toute personne adhérente qui participait au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur ou au régime d'assurance soins dentaires avant le début de l'exemption doit reprendre sa participation aux mêmes régimes si la période minimale de participation de 24 mois pour le régime d'assurance maladie ou 48 mois pour le régime d'assurance soins dentaires n'est pas complétée. La période d'exemption est comptabilisée dans la période de 24 mois pour le régime d'assurance maladie ou 48 mois pour le régime d'assurance soins dentaires.

Si une personne adhérente bénéficie de l'exonération des primes du régime d'assurance maladie au moment où elle fait sa demande d'adhésion par suite de fin d'exemption, le régime maladie qui lui est octroyé ne peut être supérieur à celui qu'elle détenait avant le début de l'exemption. Si son exemption a débuté avant le 1^{er} janvier 2008 ou dès qu'elle est devenue admissible à l'assurance, elle doit choisir entre le régime maladie de base ou le régime maladie intermédiaire.

Si la demande de fin d'exemption est reçue par Beneva plus de 30 jours après la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption :

• *Régime d'assurance maladie*

Le régime maladie de base est accordé selon le statut de protection désiré le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la demande parvient à l'employeur.

Si la personne adhérente choisit le régime maladie intermédiaire ou le régime maladie supérieur, le régime en question entrera en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la demande de fin d'exemption parvient à l'employeur si la personne n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon il entrera en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de son retour effectif au travail.

Toute personne adhérente qui participait au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur avant le début de l'exemption doit reprendre sa participation à l'un de ces régimes si la durée minimale de participation de 24 mois n'est pas complétée. Le régime en question entrera en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la demande de fin d'exemption parvient à l'employeur si la personne n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon il entrera en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de son retour effectif au travail. Toute période minimale de participation de 24 mois déjà commencée recommencera à courir à partir de la date de mise en vigueur. La période d'exemption se terminant à la fin de l'assurance ayant permis l'exemption est comptabilisée dans la période minimale de 24 mois.

- *Régime d'assurance soins dentaires*

L'assurance entrera en vigueur à la période de paie suivant la date à laquelle l'employeur reçoit la demande si la personne adhérente n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon l'assurance entrera en vigueur à la période de paie suivant la date de son retour effectif au travail. Les limites progressives de remboursement indiquées au point 2 de la section « Votre régime en un coup d'oeil » s'appliquent. Toute période minimale de participation de 48 mois déjà commencée recommencera à courir à partir de la date de mise en vigueur. La période d'exemption se terminant à la fin de l'assurance ayant permis l'exemption est comptabilisée dans la période minimale de 48 mois.

1.4 ADHÉSION

- 1) Les demandes d'adhésion doivent être remplies par les personnes salariées, puis les employeurs doivent les transmettre à Beneva dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité des personnes pour qui l'assurance est demandée. Le formulaire de demande d'adhésion est disponible au service des ressources humaines de l'employeur.
- 2) Toute demande d'adhésion doit indiquer le régime maladie choisi et la participation au régime d'assurance soins dentaires s'il y a lieu, ainsi que les statuts de protection désirés par la personne salariée. Sous réserve des règles de participation relatives aux personnes à charge, l'assurance d'une personne adhérente entraîne celle de ses personnes à charge en fonction du statut de protection choisi. Ainsi, le statut monoparental entraîne l'assurance de ses enfants à charge, le statut couple, l'assurance de sa personne conjointe et le statut familial, l'assurance de sa personne conjointe et de ses enfants à charge.
- 3) Le régime maladie de base est accordé à la personne salariée admissible qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion dans les délais accordés pour ce faire. De plus, la personne salariée est alors assurée d'office selon le statut de protection individuel.

- 4) L'assurance vie de base de la personne adhérente, l'assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente et l'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I sont accordés d'office uniquement à la personne salariée admissible dont le pourcentage de temps travaillé est à plus de 25 % du temps complet.

1.5 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Les dispositions concernant l'entrée en vigueur de l'assurance sont décrites au **point 2** de la section « Votre régime en un coup d'oeil », au début de la présente brochure.

1.6 DROIT DE RENONCIATION À L'ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Toute personne salariée admissible ou personne adhérente qui est protégée par une police **individuelle** d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$ peut renoncer à l'assurance vie de base de la personne adhérente du régime complémentaire I. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande de renonciation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente » disponible auprès du service des ressources humaines de son employeur et joindre la preuve de sa couverture. La renonciation s'applique à compter du premier jour de la première période de paie qui suit l'acceptation de la demande par Beneva. À partir de cette date, la personne salariée admissible ou la personne adhérente ne peut plus participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.

1.7 MODIFICATION DU STATUT DE PROTECTION

Les dispositions concernant la modification à la hausse ou à la baisse du statut de protection sont décrites au **point 2** de la section « Votre régime en un coup d'oeil », au début de la présente brochure.

1.8 MODIFICATION DU CHOIX DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Les dispositions concernant la modification du choix du régime d'assurance maladie sont décrites au **point 2** de la section « Votre régime en un coup d'oeil », au début de la présente brochure.

1.9 EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

1) **Personne adhérente**

a) Régime d'assurance maladie et régime d'assurance soins dentaires

La participation au régime d'assurance maladie, et au régime d'assurance soins dentaires le cas échéant, est maintenue sans paiement de primes à compter du premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit 3 mois d'invalidité totale, et cela pour une période d'invalidité totale ne dépassant pas 3 ans. Pour la personne adhérente invalide qui est toujours en lien d'emploi avec son employeur, l'exonération des primes est limitée à 4 ans d'invalidité

totale. En aucun cas, l'exonération des primes ne pourra se poursuivre après l'âge de 71 ans, ni après la fin du contrat.

Si la personne adhérente reçoit de pleines prestations en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et que l'invalidité ouvrant droit à ces prestations a débuté avant son 62^e anniversaire de naissance, l'exonération des primes est maintenue pendant une période minimale de 3 ans d'invalidité totale et se termine à la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans ou à la date à laquelle elle perd son lien d'emploi, selon la première éventualité. Si la personne adhérente reçoit les pleines prestations prévues par la loi et que son invalidité totale a débuté à l'âge de 62 ans ou après, l'exonération des primes est maintenue pendant une période maximale de 3 ans d'invalidité totale et ne peut en aucun cas se poursuivre après le jour où elle atteint l'âge de 71 ans, ni après la fin du contrat.

b) Régime complémentaire I

La participation au régime complémentaire I est maintenue sans paiement de primes à compter du premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit 3 mois d'invalidité totale. Cette exonération des primes prend fin dès que la personne atteint l'âge de 65 ans. Cependant, dans le cas où l'invalidité a débuté entre le 1^{er} juillet 2001 et le 31 décembre 2015, l'exonération des primes d'assurance salaire de longue durée prend fin lorsqu'elle atteint l'âge de 60 ans.

Pour les garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, d'assurance en cas de mutilation accidentelle, d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, si la personne adhérente est devenue totalement invalide à l'âge de 62 ans ou après, la période d'exonération des primes ne peut être supérieure à 3 ans et ne peut en aucun cas se poursuivre après le jour où elle atteint l'âge de 71 ans.

Ces dispositions sont applicables tant que la personne adhérente demeure totalement invalide et pour autant que le contrat demeure en vigueur pour la garantie d'assurance en cas de mutilation accidentelle ou pour autant que le contrat demeure en vigueur ou non pour toutes les autres garanties du régime complémentaire I.

2) **Contribution de l'employeur**

La contribution payée par l'employeur est exonérée après les 104 semaines de prestations d'assurance salaire prévues à la convention collective.

3) **Absence d'exonération**

Malgré toute autre disposition relative à l'exonération des primes, celle-ci est suspendue pendant une période pour laquelle la personne adhérente invalide reçoit l'équivalent de 100 % ou plus de la rémunération qui lui était versée avant le début de l'invalidité totale. Pour la personne salariée autre qu'à temps complet, le salaire considéré est celui qui a été utilisé pour établir la prestation d'assurance salaire.

1.10 ABSENCES TEMPORAIRES DU TRAVAIL

Les dispositions concernant les absences temporaires du travail sont décrites au **point 3** de la section « Votre régime en un coup d'oeil », au début de la présente brochure.

1.11 FIN DE L'ASSURANCE

1) **Personne adhérente**

a) **Régime d'assurance maladie**

L'assurance de toute personne adhérente en vertu du régime d'assurance maladie prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin du contrat;
- ii) la date à laquelle elle cesse d'être admissible;
- iii) la date de l'événement ouvrant droit à l'exemption si la demande est transmise dans les 30 jours de cette date sinon, la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- iv) 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;
- v) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée à son égard;
- vi) la date à laquelle elle prend sa retraite, sous réserve des dispositions d'exonération des primes.

b) **Régime d'assurance soins dentaires**

L'assurance de toute personne adhérente en vertu du régime d'assurance soins dentaires prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin du contrat;
- ii) la fin de la période de paie au cours de laquelle elle met fin à sa participation au régime, pourvu que la période minimale de participation de 48 mois soit complétée;
- iii) la date à laquelle elle cesse d'être admissible;
- iv) la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- v) la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance, qu'elle choisisse d'y participer et qu'elle assume le paiement de sa prime;
- vi) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée à son égard;
- vii) la date à laquelle elle prend sa retraite, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;
- viii) le 31 décembre suivant la période de référence pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet et qui n'a pas maintenu sa participation à ce régime.

c) **Régime complémentaire I**

L'assurance de toute personne adhérente en vertu du régime complémentaire I prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;

- ii) la date à laquelle elle cesse d'être admissible, sous réserve des dispositions de prolongation contenues au droit de transformation des garanties d'assurance vie;
- iii) la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 pour ce qui est de l'assurance salaire de longue durée, sous réserve des dispositions de l'exonération des primes. Cependant, la personne adhérente cesse de payer la prime dès qu'elle atteint l'âge de 63 ans;
- iv) la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans, pour ce qui est de l'assurance en cas de mutilation accidentelle, sous réserve des dispositions d'exonération de primes;
- v) la fin de la période de paie au cours de laquelle elle informe l'employeur de sa volonté de cesser de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;
- vi) le premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation par Beneva de la renonciation à l'assurance vie de base de la personne adhérente. Toute assurance vie additionnelle de la personne adhérente prend fin au plus tard à cette même date;
- vii) le premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation par Beneva de l'exercice du droit de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée;
- viii) la date où cesse la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée selon les dispositions prévues pendant une participation au programme de retraite progressive;
- ix) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée à son égard;
- x) la date à laquelle elle prend sa retraite, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;
- xi) le 31 décembre suivant la période de référence pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet et qui n'a pas maintenu sa participation à ce régime.

2) **Personnes à charge**

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente;
- b) la date à laquelle elle cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- c) pour le régime d'assurance maladie, la date de l'événement ouvrant droit à l'exemption si la demande est transmise dans les 30 jours de cette date sinon, la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- d) pour le régime d'assurance soins dentaires, la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- e) pour la catégorie de personnes à charge et le régime concernés, la date à laquelle une personne adhérente dont le statut de protection est monoparental, couple ou familial modifie ce statut en faveur d'une protection individuelle, monoparentale ou couple, selon le cas;
- f) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour la personne à charge concernée;

- g) la fin de la période de paie au cours de laquelle la personne adhérente informe l'employeur de sa volonté de cesser de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- h) la date de début de la période de paie au cours de laquelle la personne adhérente en période d'absence temporaire du travail participe uniquement au régime d'assurance maladie, pour ce qui est de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge;
- i) le 31 décembre suivant la période de référence pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet et qui participe uniquement au régime d'assurance maladie, pour ce qui est de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

1.12 DROIT DE TRANSFORMATION

1) Assurance vie

Si une personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance vie pour une autre raison que la résiliation du contrat, elle peut obtenir la transformation de son assurance vie collective en une assurance vie individuelle sans avoir à prouver son assurabilité, sur demande écrite transmise à Beneva **dans les 31 jours suivant la date où elle a cessé d'être admissible** à l'assurance collective. Également, si une personne adhérente voit son montant d'assurance vie réduit en raison de son départ à la retraite, elle peut transformer le montant de la réduction de son assurance vie collective en assurance vie individuelle. Ce droit de transformation est toujours assujéti aux taux et conditions alors en vigueur chez Beneva.

Si la personne adhérente décède durant la période de 31 jours où elle pouvait exercer son droit de transformation, Beneva paye au bénéficiaire le montant d'assurance vie collective que détenait la personne adhérente immédiatement avant de cesser d'y être admissible, sous réserve des conditions applicables.

Les personnes à charge couvertes par l'assurance vie peuvent la transformer en assurance individuelle en même temps et aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'assurance vie de la personne adhérente. De plus, toute personne à charge peut exercer son droit de transformation si son assurance vie prend fin ou est réduite en raison de l'un ou l'autre des événements suivants :

- a) elle cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- b) la personne adhérente prend sa retraite;
- c) la personne adhérente décède.

2) Assurance maladie et assurance soins dentaires

La personne adhérente qui cesse d'être admissible à l'assurance maladie ou à l'assurance soins dentaires a le droit de la transformer en une assurance individuelle comparable offerte par Beneva, mais sans assurance médicaments, pour elle-même et pour ses personnes à charge s'il y a lieu, aux taux et conditions alors en vigueur chez Beneva et sans examen médical, à condition d'en faire la demande par écrit à Beneva **dans les 31 jours suivant la fin de son admissibilité**.

La personne conjointe et les enfants à charge de la personne adhérente peuvent exercer un droit de transformation en même temps et aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent à la personne adhérente. De plus, toute personne à charge peut exercer son droit de transformation si son assurance prend fin en raison de l'un ou l'autre des événements suivants :

- a) elle cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- b) la personne adhérente décède.

1.13 DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations et toutes pièces justificatives doivent être soumises à Beneva par la personne adhérente, à ses frais et à la satisfaction de Beneva, dans les délais requis.

La personne adhérente doit fournir les preuves nécessaires à l'établissement de son droit à des prestations et au montant de ces dernières, ou les faire fournir à ses frais. De plus, Beneva peut exiger que la personne dont l'accident ou la maladie fait l'objet d'une demande de prestations ou d'exonération de primes soit examinée par une ou un médecin choisi et rémunéré par Beneva, et cela, aussi souvent que Beneva peut raisonnablement l'exiger pendant toute période d'invalidité totale aussi bien que pendant qu'une demande de prestations est en voie de règlement.

Pour plus de renseignements sur les demandes de prestations, consulter la section **6. DEMANDE DE PRESTATIONS** de la présente brochure.

2. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

2.1 ASSURANCE

Si une personne engage des frais admissibles pendant qu'elle est assurée en vertu du régime maladie de base, maladie intermédiaire ou maladie supérieur, une partie ou la totalité des frais admissibles du régime détenu sera remboursable par Beneva à la personne adhérente, sous réserve des dispositions du régime d'assurance collective et des dispositions de la loi.

2.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS

- 1) **Nécessité médicale** - Les frais couverts en vertu du régime d'assurance maladie 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 qui, sauf indication contraire, ont été prescrits par une ou un médecin. Les fournitures doivent être acquises et les soins ou services reçus lorsque l'assurance qui est en vigueur en prévoit le remboursement.
- 2) **Complément aux assurances d'État** - Aux fins d'application du régime d'assurance maladie, toutes les personnes assurées sont considérées comme étant aussi couvertes par l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de leur province de résidence au Canada. En aucun temps, les sommes versées par Beneva ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne avait été couverte par ces assurances d'État.
- 3) **Date où les frais sont engagés** - Les frais doivent être engagés pendant que la personne est assurée en vertu du contrat. Ils sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les services sont rendus.
- 4) **Coûts usuels et raisonnables** - 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.
- 5) **Services professionnels en santé** - Pour être admissibles, les frais se rapportant aux soins et traitements fournis par une ou un professionnel 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 l'Assureur. La ou le professionnel de la santé et la personne assurée doivent ne pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.
Le nombre de traitements pour une même personne assurée est limité comme suit :
 - a) un seul traitement par jour par professionnelle ou professionnel ou par spécialiste, sans égard au nombre de spécialités que pratique la professionnelle ou le professionnel ou la ou le spécialiste; et
 - b) un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité.

Lorsqu'une personne assurée engage des frais décrits ci-après comme admissibles en vertu du régime d'assurance maladie qui la couvre, Beneva rembourse ces frais, sous réserve des dispositions de la présente assurance et de toute limite indiquée à cet égard au tableau « Votre régime en un coup d'œil ».

MÉDICAMENTS

1) Médicaments et services pharmaceutiques admissibles

Le régime d'assurance maladie couvre les médicaments faisant partie de l'une ou l'autre des listes indiquées ci-dessous. Les médicaments doivent présenter toutes les caractéristiques suivantes :

- Avoir un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- Être disponibles uniquement sur prescription par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire;
- Être disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par une pharmacienne ou un pharmacien, étant entendu que dans les régions éloignées où il n'y a pas de pharmacie ou de pharmacienne ou de pharmacien, ils peuvent être obtenus d'une personne légalement autorisée à les vendre.

Les services pharmaceutiques admissibles sont également couverts en vertu du régime d'assurance maladie.

Médicaments et produits de la liste RAMQ (régime maladie de base)

Les médicaments et produits visés par cette liste sont ceux couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) et selon les conditions qui y sont déterminées.

Les médicaments dits « médicaments d'exception » et qui font partie de la liste RAMQ ne sont couverts que dans les cas déterminés par le règlement applicable au RGAM, selon les conditions et les indications thérapeutiques qui y sont précisées. Ces médicaments d'exception requièrent une autorisation préalable de Beneva.

Médicaments de la liste régulière (régime maladie intermédiaire et régime maladie supérieur)

Cette liste comprend les médicaments de la liste RAMQ ainsi que les médicaments autres que ceux de la liste RAMQ et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

Les frais engagés pour ce qui suit sont admissibles dans les 3 régimes maladie, à moins d'indication contraire :

- Les **produits antitabac** couverts par le RGAM. Le montant des frais admissibles est mis à jour annuellement selon les directives de la RAMQ;
- Les **produits pour les personnes diabétiques**, soit les **seringues**, les **aiguilles**, les **lancettes**, les **bandelettes** et les **capteurs de glucose** pour glucomètres à lecture sporadique utilisés pour le contrôle du diabète;
- Les **stérilets**, jusqu'à concurrence d'un stérilet par période de 24 mois, par personne assurée;

- Les multivitamines clairement identifiées par le fabricant comme **vitamines prénatales** (régime maladie intermédiaire et régime maladie supérieur);
- Les médicaments pour traiter l'**infertilité**. Le remboursement maximal pour ce type de médicament est de 1 500 \$ par année civile, par personne assurée.

Remboursement des médicaments innovateurs

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

a) Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant aux médicaments

Aux exclusions, limitations et restrictions énoncées au point 2.4 s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance maladie, s'ajoute l'exclusion des produits suivants, et cela, peu importe que les produits en question soient considérés comme des médicaments ou non :

- produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques ou pour l'hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux;
- substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- médicaments de nature expérimentale ou obtenus par l'entremise du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- produits homéopathiques et produits dits naturels;
- produits antitabac, à l'exception de ceux qui sont couverts par le RGAM;
- 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;
- écrans solaires ou lotions auto-bronzantes;
- médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;

- xi) médicaments servant à traiter la dysfonction érectile et administrés uniquement par voie orale.
- xii) produits ou services se rapportant au traitement de l'obésité et qui ne sont pas couverts par le RGAM.

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le RGAM.

La contribution du patient exigé pour une personne assurée couverte par le RGAM n'est pas admissible.

b) Paiement direct

La personne assurée peut se prévaloir du service de paiement direct des prestations. La marche à suivre est décrite au point 6.1.2 a).

2) Injections sclérosantes

Les frais engagés pour le traitement des varices à des fins médicales seulement (et non esthétiques) pour des injections sclérosantes administrées par une ou un médecin.

HOSPITALISATION ET TRANSPORT

3) Frais hospitaliers au Canada

Les frais d'une chambre d'hôpital pour des soins d'hospitalisation de courte durée au Canada, jusqu'à concurrence de la différence entre le coût d'une salle et celui d'une chambre à deux lits (chambre semi-privée), sans limite quant au nombre de jours. Les frais relatifs à la contribution financière à l'hébergement (soins de longue durée) de même que les frais administratifs demandés par un hôpital ne sont pas couverts.

4) Transport par un service ambulancier

Lorsque l'état de santé de la personne assurée le requiert, les frais de transport terrestre par un service ambulancier, 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 être démontrée à la satisfaction de Beneva. Dans tous les cas, le transport doit être effectué par un ambulancier licencié.

5) Transport et hébergement au Québec

Les frais de transport et d'hébergement au Québec pour consultation d'une ou d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par la ou le médecin traitant de la personne assurée doit être transmis à Beneva. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler le lieu de la consultation ou du traitement par la ou le médecin spécialiste. Ce lieu doit être le plus rapproché possible de la région de résidence de la personne assurée.

- Les frais admissibles à ce titre sont ceux qui sont engagés pour ce qui suit :
 - au transport pour un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Ils ne peuvent excéder le coût moyen du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé. En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence doivent être joints à la demande de prestations;
 - à l'hébergement dans un établissement public, jusqu'à concurrence de 60 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée, par la route la plus directe. La nécessité de l'hébergement doit également être démontrée, à la satisfaction de Beneva. Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations.
- Pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont aussi admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.
- Le remboursement maximal prévu par la présente garantie est de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée; il est entendu à cet égard que ce maximum englobe les frais s'appliquant à un parent accompagnateur.

PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- 6) **Audiologiste, ergothérapeute et orthophoniste**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un audiologiste, une ou un ergothérapeute ou une ou un orthophoniste.
- 7) **Chiropraticien, acupuncteur et podiatre**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un chiropraticien, une ou un acupuncteur ou une ou un podiatre.
Les frais de radiographies prises par une ou un chiropraticien sont limités à un remboursement maximal de 35 \$ par année civile, par personne assurée.
- 8) **Diététiste**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un diététiste.
- 9) **Infirmière et infirmière auxiliaire**
Les honoraires pour les services professionnels, au service continu et exclusif de la personne assurée à son domicile, d'une infirmière ou d'une infirmière auxiliaire.
- 10) **Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un massothérapeute, une ou un kinésithérapeute ou une ou un orthothérapeute.
- 11) **Ostéopathe**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un ostéopathe.

- 12) **Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et kinésiologue**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un physiothérapeute, une ou un thérapeute en réadaptation physique, une ou un kinésiologue.
- 13) **Psychiatre, psychanalyste, conseillère ou conseiller en orientation, psychothérapeute, psychoéducatrice ou psychoéducateur**
Les honoraires pour les services professionnels en clinique privée par une ou un psychiatre, une ou un psychanalyste, une conseillère ou un conseiller en orientation, une ou un psychothérapeute, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur.
Pour que les honoraires pour les services rendus par une ou un psychothérapeute soient admissibles, la personne doit détenir un permis de psychothérapeute délivré par le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.
- 14) **Psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social**
Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un psychologue, une travailleuse sociale ou un travailleur social.

SOINS DE LA VUE

- 15) **Examen de la vue**
Les frais d'examen de la vue effectué par une ou un ophtalmologiste ou une ou un optométriste.
- 16) **Soins oculaires (lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser)**
Les frais d'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes incluant les frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation, pour la correction de la vue, sur prescription d'une ou d'un ophtalmologiste ou d'une ou d'un optométriste. Les frais de chirurgie au laser effectuée pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie sont également couverts.

AUTRES FRAIS MÉDICAUX

- 17) **Appareil auditif**
Les frais d'achat, d'ajustement ou de réparation d'un appareil auditif.
- 18) **Appareils orthopédiques**
Les frais de réparation, de location ou d'achat lorsque ce dernier mode est le plus économique et ce après entente avec Beneva, de corsets, pansements médicamenteux, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires et autres appareils orthopédiques.
- 19) **Appareils thérapeutiques et appareils respiratoires**
Les frais de réparation, de location ou d'achat lorsque ce dernier mode est le plus économique et ce après entente avec Beneva.
À titre d'exemples, sont admissibles :
- les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite aiguë, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur);
 - les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux);

- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);
- les frais d'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques aux fins de la présente garantie : les neurostimulateurs transcutanés, les pompes à insuline et leurs accessoires, les appareils de contrôle (tels que stéthoscopes, sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature), les accessoires domestiques (tels que les bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs ou autres appareils de même nature).

20) **Articles pour stomie**

Les frais d'achat d'articles pour stomie (pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État).

21) **Bas de contention**

Les frais d'achat de bas de contention (20 mm ou plus de Hg) vendus en pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

22) **Chaussures orthopédiques**

Les frais d'achat de chaussures orthopédiques obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les chaussures orthopédiques doivent être conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage (aussi appelées chaussures orthétiques) ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit, de même que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque requises pour corriger ou compenser un défaut du pied. Les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire sont également couverts.

Les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques aux fins du régime d'assurance maladie.

23) **Chirurgie esthétique à la suite d'un accident**

Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance. Les soins doivent débuter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident.

24) **Fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital**

Les frais pour la location d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'un lit d'hôpital (électrique ou non) d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier pour combler un besoin temporaire seulement.

25) **Glucomètre**

Les frais d'achat ou de réparation d'un appareil muni d'un autopiqueur servant à mesurer le taux de glucose sanguin. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de Beneva.

- 26) **Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles**
Les honoraires professionnels d'une ou d'un chirurgien dentiste, d'une ou d'un spécialiste ou denturologiste, pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles subis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance. Les frais pour bris de dents survenus en mangeant ne sont pas couverts. 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 sont admissibles jusqu'à concurrence de 35 000 \$ par 36 mois.
Les frais pour les implants dentaires et les traitements s'y rattachant sont également couverts. Advenant plus d'un accident aux dents naturelles, un seul maximum s'applique pour la période de 36 mois.
- 27) **Lentilles intraoculaires**
Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne peuvent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.
- 28) **Neurostimulateur transcutané (TENS)**
Les frais pour l'achat, la location, l'ajustement, le remplacement ou la réparation de neurostimulateur transcutané (TENS).
- 29) **Orthèses podiatriques**
Les frais d'achat d'orthèses podiatriques obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les frais admissibles sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec.
- 30) **Pompe à insuline et accessoires pour pompe à insuline**
Les frais d'achat et d'entretien d'une pompe à insuline et de ses accessoires, tels que tubulures et cathéters.
- 31) **Prothèses capillaires**
Les frais d'achat de prothèses capillaires à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- 32) **Prothèses externes et membres artificiels**
Les frais d'achat de prothèses externes ou de membres artificiels, excluant les prothèses dentaires et capillaires, appareils auditifs, lunettes et lentilles cornéennes.
- 33) **Prothèses mammaires**
Les frais d'achat de prothèses mammaires, si nécessaires par suite de mastectomie.
- 34) **Soutiens-gorges postopératoires**
Les frais pour l'achat d'un soutien-gorge postopératoire par suite de mastectomie ou de réduction mammaire. Les frais doivent être engagés auprès d'un fournisseur de vêtements adaptés.

VOYAGE

- 35) **Assurance voyage avec assistance**
Consulter le point 2.5.
- 36) **Assurance annulation de voyage**
Consulter le point 2.6.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS S'APPLIQUANT À L'ENSEMBLE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- 1) Le régime d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement pour :
 - a) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
 - b) les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime;
 - c) 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) les produits, appareils 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) les frais engagés pour des soins esthétiques, sauf si spécifié autrement;
 - f) les frais engagés du fait de mutilation volontaire, en quelque état que ce soit;
 - g) la contribution financière imposée aux personnes admissibles à la gratuité des frais de médicaments en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental;
 - h) les frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement;
 - i) les services ou produits liés au traitement du tabagisme, sauf si spécifié autrement;
 - j) les vaccins ou soins de nature préventive;
 - k) les frais liés à l'insémination artificielle ou au traitement de l'infertilité, sauf si spécifié autrement;
 - l) les frais d'achat de contraceptifs autres qu'oraux, sauf si spécifié autrement;
 - m) les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels, ou résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile au Canada, déclarée ou non;
 - n) les frais résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile dans un pays étranger où voyage la personne assurée, dans la mesure où le Gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du Gouvernement du Canada est par la suite émise, si la personne a pris les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais.

- 2) 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 du présent régime d'assurance maladie.

2.5 ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE

- 1) Sous réserve des dispositions de la présente assurance voyage et de toute limite indiquée à cet égard au Tableau « Votre régime en un coup d'oeil », Beneva paie les frais que la personne assurée doit engager à l'extérieur de sa province de résidence **à la suite d'un décès, un accident ou une maladie subite et inattendue**, qui nécessitent des soins d'urgence et surviennent lorsque la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence. De plus, les frais engagés doivent être usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquer à un décès ou à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.
- 2) Pour être couverte par l'assurance voyage, la personne assurée doit être admissible aux prestations des programmes gouvernementaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et cela, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

3) Avertissement

IMPORTANT

Si une personne sait qu'elle a une maladie, elle doit s'assurer avant de finaliser les arrangements du voyage et avant son départ que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications pourraient survenir ou que des soins pourraient être requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

Pour que les conséquences d'une maladie ou affection connue soient couvertes, cette maladie ou affection doit être sous contrôle avant le départ de la personne.

Si la maladie ou l'affection :

- s'est aggravée;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- est instable;
- est en phase terminale d'évolution;
- est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage,

il est recommandé de communiquer, quelques semaines avant le départ, avec la firme d'assistance voyage de Beneva. La personne assurée obtiendra ainsi des précisions sur la portée de la notion de « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans sa situation. Aussi, si la personne voyage ailleurs qu'aux États-Unis ou en Europe de l'Ouest, des conseils utiles pour la santé pourront lui être fournis par le service d'assistance de Beneva. La personne assurée doit fournir son numéro de contrat au moment de l'appel. Les numéros de téléphone pour joindre le service d'assistance de Beneva dépendent de l'endroit d'où provient l'appel. Ce sont les suivants :

- | | |
|--|----------------|
| A) Canada – États-Unis | 1 800 465-2928 |
| B) Ailleurs dans le monde, à frais virés | (514) 286-8412 |

Ni Beneva, ni le service d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par Beneva sans préavis.

4) Frais admissibles d'assurance voyage

Les frais admissibles sont les suivants :

- a) Les frais d'hospitalisation dans un hôpital où la personne assurée reçoit effectivement un traitement curatif. Les frais engagés sont payables uniquement pour la partie qui excède les prestations payables par les régimes gouvernementaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.
- b) Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires. Les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ils sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par le régime en question.

- c) Les frais de transport par une ou un ambulancier licencié en direction de l'hôpital le plus proche du lieu où est survenu l'accident ou la maladie.
- d) Les frais engagés pour des médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale.
- e) Les honoraires d'une infirmière pour des soins infirmiers privés donnés exclusivement à l'hôpital, jusqu'à un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmière doit n'avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être une compagne ou un compagnon de voyage.
- f) Les honoraires d'une ou d'un chiropraticien, d'une ou d'un podiatre ou d'une ou d'un physiothérapeute.
- g) Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire.
- h) Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies.
- i) Les frais d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres ou autres appareils orthopédiques.
- j) Les honoraires professionnels d'une ou d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles, jusqu'à un remboursement maximal de 1 000 \$ par voyage. Les frais doivent être engagés pour un accident survenu à l'extérieur de la province de résidence et la personne doit être assurée par le régime d'assurance maladie au moment où les frais sont engagés.
- k) Les frais de rapatriement de la personne assurée en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les frais de transport ou de rapatriement doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de Beneva et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de Beneva, compte tenu de l'état de santé de la personne assurée.
- l) Le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale, lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou la ou le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de Beneva; l'escorte médicale doit ne pas être un proche parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage.
- m) Le coût du retour par une agence commerciale du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, si une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'en occuper, jusqu'à un remboursement maximal de 2 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical du médecin traitant à l'effet qu'elle est incapable de ramener elle-même son véhicule. Ses compagnes ou compagnons de voyage doivent aussi être incapables de ramener le véhicule. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de Beneva.
- n) En cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour du corps de la personne assurée par la route la plus directe pour la ramener chez elle, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou une urne funéraire, jusqu'à un remboursement maximal de 10 000 \$. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de Beneva.

- o) Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures, qu'il s'agisse de sa propre hospitalisation ou de celle d'une compagne ou d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne, jusqu'à un remboursement maximal de 300 \$ par jour et de 2 400 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées par la présente garantie.
- p) Les frais de transport aller et retour en classe économique par la route la plus directe, en avion, en autobus ou en train, selon le moyen le plus économique, d'un seul proche parent se rendant à l'hôpital où séjourne la personne assurée pendant au moins 7 jours, ou pour identifier la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de Beneva et la personne assurée doit présenter un document qui atteste de la nécessité de la visite et qui est rédigé par la ou le médecin traitant ou par les autorités locales. Les frais remboursables à ce titre, incluant le transport afin d'aller identifier le corps d'une personne assurée qui est décédée à l'étranger, ne peuvent excéder les montants suivants :
 - i) pour le transport, 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
 - ii) pour l'hébergement et les repas, 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ par séjour.

5) **Assistance voyage**

Le service d'assistance voyage sert d'intermédiaire entre Beneva et la personne assurée lorsque cette dernière est tenue d'obtenir une autorisation préalable pour se prévaloir des avantages de l'assurance voyage.

Les services d'assistance voyage sont les suivants. Ils ne sont pas disponibles dans tous les pays et ils peuvent être modifiés par Beneva sans préavis :

- a) Diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié.
- b) Vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter si possible à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire.
- c) Assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée.
- d) Coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible.
- e) Apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlement.
- f) Si nécessaire, prendre les dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet de la personne assurée ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne assurée décédée.
- g) Si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour des personnes à charge assurées à leur domicile (frais de retour non compris).
- h) Si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper.
- i) Si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée.

- j) Servir d'interprète lors d'appels d'urgence.
 - k) Recommander les services d'une ou d'un avocat dans le cas d'un accident grave. Les frais d'avocate ou d'avocat ne sont pas couverts.
 - l) Si nécessaire, garantir le paiement des frais hospitaliers engagés.
 - m) Faire les demandes de remboursement à la RAMQ au nom de la personne assurée, si cette dernière est d'accord.
- 6) **Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance voyage avec assistance**

Aux exclusions, limitations et restrictions énoncées au point 2.4 s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance maladie, s'ajoutent les exclusions suivantes pour l'assurance voyage :

- a) les frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de Beneva ou du service d'assistance voyage de Beneva;
- b) les frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si la personne assurée se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, elle doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai.

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement elle doit alors communiquer avec la compagnie d'assistance voyage avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de la Compagnie d'assistance voyage que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité;

- d) les frais payables en vertu de tout régime public;
- e) les frais engagés pour une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, les frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'une ou d'un médecin ou non;

- g) les frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) les frais engagés dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) les frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
- j) les frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage. Dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

2.6 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

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

Les numéros de téléphone pour communiquer avec le service d'assistance voyage de l'Assureur sont les suivants :

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

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

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

1) **Causes d'annulation de voyage pouvant entraîner des frais admissibles**

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

- a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée, sa compagne ou son compagnon de voyage, la personne avec qui elle est associée en affaires ou un membre de sa famille. La maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption.
- b) Le décès de la personne adhérente, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, d'une compagne ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou de la personne associée en affaires de la personne assurée.
- c) Le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée, la personne conjointe de la personne assurée, un enfant de la personne assurée, une compagne ou un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période du voyage qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour.
- d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est la tutrice légale.
- e) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'une compagne ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée.
- f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est la liquidatrice testamentaire.
- g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- h) La convocation de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage à agir comme jurée ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'une ou d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles.
- i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage.
- j) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage.

- l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage.

m) **Pour l'annulation de voyage**

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

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

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

Pour l'interruption de voyage

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

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. La personne assurée doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si la personne assurée ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par la personne assurée ne seront admissibles après ce délai;

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement elle doit alors communiquer avec la compagnie d'assistance voyage avant l'expiration du délai de 14 jours.

- n) Le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoie une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police.
- o) Des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
 - ou
 - la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.

- p) Un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère professionnel ou commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère professionnel ou commercial. Dans ce cas, Beneva rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

2) **Frais admissibles d'assurance annulation de voyage**

Sous réserve des dispositions de la présente assurance annulation de voyage et de toute limite indiquée à cet égard au Tableau « Votre régime en un coup d'oeil », Beneva rembourse les frais admissibles d'assurance annulation de voyage prévus au régime d'assurance collective de l'APTS lorsqu'une personne assurée doit annuler, prolonger ou interrompre un voyage en raison de l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'assurance annulation de voyage. Seuls les frais payés d'avance peuvent être admissibles en vertu de l'assurance annulation de voyage. **De plus, la personne assurée devait ne connaître aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage au moment de prendre les arrangements.**

En cas d'annulation avant le départ

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

Toute annulation de voyage avant le départ doit faire l'objet d'un avis à l'agence de voyage ou au transporteur concerné, de même qu'à Beneva, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation. Dans le cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour férié, l'avis peut être transmis le premier jour ouvrable qui suit.

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

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

En cas de retour anticipé ou retardé

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

Restriction

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

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

En cas de nécessité d'un transport aller et retour

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

- a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est la tutrice légale ou d'une personne dont elle est la liquidatrice testamentaire.
- b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3) **Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance annulation de voyage**

Aux exclusions, limitations et restrictions énoncées au point 2.4 s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance maladie, s'ajoutent les exclusions suivantes pour l'assurance annulation de voyage.

- a) L'assurance annulation de voyage ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - i) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par sa compagne ou son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - ii) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - iii) une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée ou de la compagne ou du compagnon de voyage, sans égard à son état d'esprit;
 - iv) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, bungee, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - v) dans les cas où un voyage est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'une ou d'un médecin ou non;
 - vi) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale.
- b) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :
 - d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
- à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada, s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de la personne assurée;

- c) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :
- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée doit effectuer un voyage en croisière;

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

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

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

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

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement elle doit alors communiquer avec la compagnie d'assistance voyage avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de la Compagnie d'assistance voyage que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

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

S'il s'avère impossible pour la personne assurée de se conformer à l'avertissement elle doit alors communiquer avec la compagnie d'assistance voyage avant l'expiration du délai de 14 jours.

Cette exclusion n'est toutefois pas applicable s'il est démontré à la satisfaction de la Compagnie d'assistance voyage que des raisons indépendantes de la volonté de la personne assurée l'ont empêché de se conformer à l'avertissement dans le délai précité.

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

2.7 COORDINATION DES PRESTATIONS D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du régime d'assurance collective de l'APTS, les prestations sont d'abord payables en vertu de l'assurance voyage ou l'assurance annulation de voyage. Les présentes dispositions de coordination ne doivent pas être interprétées comme limitant la portée des autres garanties d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de l'assurance voyage ou de l'assurance annulation de voyage.

3. RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

3.1 ASSURANCE

Si une personne assurée engage des frais admissibles pendant qu'elle est assurée en vertu du régime d'assurance soins dentaires, une partie ou la totalité de ces frais est remboursable par Beneva à la personne adhérente, sous réserve des dispositions du présent régime et des dispositions de la loi.

3.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS

- 1) **Tarifs en vigueur pour l'année où les frais sont engagés** – Les frais admissibles en vertu du présent régime se limitent aux tarifs suggérés dans le guide des tarifs de l'association des chirurgiens dentistes de la province où les soins ont été rendus pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés. Les frais admissibles de laboratoire sont cependant limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte buccodentaire concerné. De plus, les services doivent être reçus lorsque le présent contrat est en vigueur.
- 2) **Services dentaires professionnels** – Pour être admissibles, les frais doivent être réellement engagés par la personne assurée pour des services rendus par une ou un chirurgien dentiste légalement reconnu ou par une ou un denturologiste légalement autorisé. De plus, la personne qui donne les soins et la personne assurée doivent ne pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.
- 3) **Personnes assurées par l'État** – Aux fins d'application de la garantie d'assurance soins dentaires, toutes les personnes assurées sont considérées comme couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence. En aucun temps les sommes versées par Beneva ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne assurée avait été couverte en vertu de cette loi.

3.3 DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES

La description des frais dentaires couverts par l'assurance est effectuée à partir de la nomenclature de l'édition 2021 du Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ). Beneva s'engage à administrer la présente garantie de façon à ce que l'équivalent de cette description continue de s'appliquer en tenant compte de l'évolution des techniques dentaires et des mises à jour de la nomenclature des services telles que faites par l'ACDQ.

- 1) **SOINS DENTAIRE PRÉVENTIFS REMBOURSABLES À 80 %**
 - a) **Diagnostic**
 - i) **Examen buccal clinique**
 - examen buccal complet, stomatognathique ou prosthodontique : 1 examen par période de 36 mois
 - examen buccal préventif (de rappel ou périodique) : 1 examen par période de 9 mois
 - examen buccal des enfants âgés de moins de 10 ans non remboursable par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : 1 examen par période de 12 mois

- examen d'urgence : 2 examens par année civile
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile
- examen parodontal complet, stomatognathique ou prosthodontique : 1 examen par période de 36 mois

ii) **Radiographies**

Radiographies intraorales

- radiographie périapicale
- radiographie occlusale
- radiographie interproximale
- radiographie des tissus mous

Radiographies extraorales

- pellicule extraorale
- radiographie, sinus
- radiographie, sialographie
- substance radio-opaque
- radiographie, ATM (articulation temporo-mandibulaire)
- radiographie panoramique : 1 pellicule par période de 36 mois
- radiographie céphalométrique
- copie du dossier et/ou des radiographies : 2 fois par année civile

Note : les radiographies (sauf la radiographie panoramique) sont incluses dans les examens complets ou de rappel.

iii) **Examens de laboratoire et tests**

- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
- test salivaire : 3 fois par période de 12 mois
- test bactériologique
- test histologique
- test cytologique
- anesthésie locale
- modèles de diagnostic

b) **Prévention**

i) **Prévention, autres services**

- polissage de la partie coronaire des dents : 1 fois par période de 9 mois
- application topique de fluorure : 1 fois par période de 9 mois (Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ce service)
- analyse du régime alimentaire et recommandation : 1 fois à vie
- conseils d'hygiène buccale et reprise des conseils d'hygiène buccale : 2 fois à vie
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
- finition d'obturation

- scellants des puits et fissures, seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et des molaires permanentes des enfants de moins de 14 ans : 1 fois par période de 36 mois pour une même dent
- meulage interproximal des dents : 2 fois par dent par année civile (Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ce service)
- améloplastie, par dent
- détartrage : 1 fois par période de 9 mois

ii) **Correction des habitudes buccales ***

- évaluation myofonctionnelle : 1 fois par période de 24 mois
- motivation de la patiente ou du patient : 1 fois à vie
- appareils fixe ou amovible : 1 fois par période de 24 mois
- myothérapie : 5 fois à vie

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

iii) **Appareil de maintien ***

*** Une fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée; seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ces services.**

2) **SOINS DENTAIRES DE BASE REMBOURSABLES À 80 %**

a) **Dentisterie opératoire**

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- collage/cimentation d'un fragment de dent brisée : 2 fois par année civile
- restauration en résine, en amalgame ou en composite *
- facette fabriquée en laboratoire : une fois par période de 48 mois pour une même dent (une radiographie est exigée pour confirmer la nature non esthétique de l'acte)
- facette fabriquée au fauteuil : une fois par période de 12 mois pour une même dent (une radiographie est exigée pour confirmer la nature non esthétique de l'acte)
- supplément pour une obturation ou une incrustation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existant
- tenons pour restauration (en amalgame ou en composite)

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

b) **Parodontie**

- traitement d'infection ou d'inflammation aiguë
- désensibilisation
- équilibrage de l'occlusion : 3 fois par année civile

- services parodontaux, chirurgicaux (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée)
- surfaçage radiculaire sous anesthésie locale : 1 fois par dent par année civile
- jumelage ou ligature, sauf le jumelage avec appui métallique
- ablation ou recimentation de jumelage
- appareils parodontaux : 1 fois par période de 48 mois
- réparation, ajustement ou entretien d'appareils parodontaux : 1 fois par année civile
- regarnissage d'appareils parodontaux
- irrigation parodontale sous-gingivale

c) **Chirurgie buccale**

- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
- ablation de dent incluse, racines résiduelles, fragment de dent, exérèse
- exposition chirurgicale d'une dent : 1 fois à vie par dent
- transplantation d'une dent, y compris l'immobilisation : 1 fois à vie par dent
- reposition d'une dent par chirurgie : 1 fois à vie par dent
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : 1 fois à vie par dent
- correction et remodelage des tissus buccaux (alvéolectomie, alvéoloplastie, stomatoplastie, ostéoplastie, tubéroplastie)
- ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse
- frénectomie
- reconstruction du procès alvéolaire
- préservation de la crête, suite à une extraction, avec os allogène ou autre matériau de comblement
- extension des replis muqueux
- biopsie par excision, ablation d'une tumeur ou d'un kyste
- incision et drainage chirurgicaux
- trauma buccodentaire
- dysfonction temporo-mandibulaire, traitement
- glande salivaire, traitement
- sinus maxillaire, retrait d'un corps étranger et lavage
- fistule oro-antrale, fermeture
- hémorragie, contrôle
- traitement postchirurgical

3) **SOINS D'ENDODONTIE REMBOURSABLES À 80 %**

a) **Endodontie**

- urgence endodontique
- traitements endodontiques généraux
- thérapie canalaire
- chirurgie endodontique
- autres services endodontiques

4) **SOINS DE RESTAURATION MAJEURE ET PROTHÈSES REMBOURSABLES À 50 %**

a) **Prothèse fixe**

- couronne complète préfabriquée : 1 fois par période de 12 mois
- couronne individuelle
- couronne temporaire de transition
- supplément pour la fabrication d'une couronne ou d'un pilier sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existant : 1 fois par période de 48 mois
- capuchon, métal précieux ou non : 1 fois par période de 48 mois
- reconstitution d'une dent en vue d'une couronne
- pivot radiculaire
- réparation d'une couronne/facette
- recimentation et/ou ablation : 2 fois par année civile

b) **Prothèses amovibles**

- prothèse complète
- prothèse partielle
- supplément pour une restauration sous le crochet d'une prothèse amovible

c) **Prothèse, services complémentaires**

- ajustement
- remontage et équilibrage (prothèse complète ou partielle) : 1 fois par période de 48 mois
- réparation avec ou sans empreinte
- ajout de structure à une prothèse partielle
- nettoyage
- regarnissage, rebasage
- réfection d'une prothèse partielle : 1 fois par période de 48 mois
- remplacement des dents
- obturateur palatin
- récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse : 1 fois par période de 48 mois

d) **Pont fixe**

Les frais pour pont fixe peuvent être reconnus comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une prothèse amovible équivalente.

e) **Prothèses sur implants**

Les frais pour prothèses sur implants peuvent être reconnus comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à un traitement alternatif équivalent prévu au contrat, lors de la mise en bouche finale de la couronne sur implant.

Exclusion :

Les actes ou traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.) ne font en aucun cas l'objet de frais admissibles en vertu du contrat.

3.4 REMBOURSEMENT MAXIMAL

Les soins prévus au point 3.3 3) **Soins d'endodontie remboursables à 80 %** et 4) **Soins de restauration majeure et prothèses remboursables à 50 %** sont assujettis à un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces soins. Cependant, pour l'année civile au cours de laquelle s'effectue l'adhésion de la personne salariée admissible ou de la personne adhérente, le remboursement maximal applicable à ces soins entre la date d'adhésion et le 31 décembre est établi de la façon suivante, selon le mois d'adhésion :

• Janvier, février ou mars	1 000 \$
• Avril, mai ou juin	800 \$
• Juillet, août ou septembre	600 \$
• Octobre, novembre ou décembre	400 \$

3.5 DURÉE MINIMALE DE PARTICIPATION

Les personnes salariées ou les personnes adhérentes qui décident d'adhérer au régime d'assurance soins dentaires doivent maintenir leur participation pendant une durée minimale de 48 mois.

Si la personne adhérente a bénéficié d'une période d'exemption ou d'une période pour laquelle elle a terminé sa participation et maintenu le régime maladie de base du régime d'assurance maladie en raison d'une absence temporaire du travail ou d'une révision de son temps travaillé diminué à 25 % ou moins du temps complet, la durée de ces périodes est comptabilisée dans le calcul de la période minimale de participation au régime d'assurance soins dentaires.

3.6 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

- 1) Dans les cas suivants, aucun remboursement n'est effectué par Beneva en vertu du régime d'assurance soins dentaires :
 - a) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de l'art dentaire;
 - b) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée, qu'elle n'est pas tenue de payer ou qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévaluée des dispositions de tout régime public d'assurance ou de sécurité sociale ou programme gouvernemental auquel elle pouvait être admissible;

- c) les frais effectivement payés en vertu d'un régime public 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, y compris les frais qui auraient été payables si le fournisseur des fournitures, soins ou services avait choisi de participer au régime ou programme concerné;
 - d) les frais engagés à des fins esthétiques. Une radiographie peut être exigée pour confirmer la nature non esthétique des traitements;
 - e) les frais en rapport avec le traitement de maladie ou blessure qui ont été causées volontairement par la personne assurée elle-même ou résultant de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels;
 - f) les frais engagés à l'intention d'une tierce personne;
 - g) les frais de médicaments, produits, appareils, services ou fournitures utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
 - h) les frais exigés pour remplir le formulaire de demande de règlement, pour un rendez-vous manqué ou pour des conseils donnés par téléphone.
- 2) Si une personne assurée change de dentiste ou de denturologiste en cours de traitement, ou si elle doit être transférée à une ou un autre dentiste ou denturologiste, ou s'il y a plus d'une ou d'un dentiste ou denturologiste qui participe à un même traitement, le montant des prestations payables par Beneva à cet égard sera limité à celui qui aurait été payable si les services avaient été rendus par une ou un seul dentiste ou denturologiste.
 - 3) Lorsqu'un corps coulé, un pivot préfabriqué, une couronne, une prothèse amovible et 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.
 - 4) Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, 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.
 - 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.
 - 6) 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 du présent régime d'assurance soins dentaires.

3.7 ÉVALUATION PRÉALABLE

Lorsque le coût d'un traitement excède 800 \$ ou que les services prévus sont pour des prothèses amovibles, des ponts fixes ou un implant et couronne sur implant, la personne assurée qui souhaite être informée du montant qui pourrait être couvert par l'assurance **doit** fournir à Beneva une évaluation du traitement avant sa réalisation. Cette évaluation doit inclure les résultats de l'examen buccodentaire, les services requis et les honoraires demandés par la ou le dentiste. Des radiographies pré-opératoires, des chartes parodontales, des photographies, des modèles d'étude et d'autres pièces justificatives peuvent être exigées pour l'analyse et l'autorisation de certains autres soins.

4. RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I

- ASSURANCE VIE
- ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE
- ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

4.1 ASSURANCE VIE

Aucune modification des montants d'assurance vie ne peut entrer en vigueur pendant une période d'invalidité totale de la personne adhérente.

Si la personne adhérente n'est pas une personne salariée permanente détentrice de poste à temps complet, le salaire utilisé pour déterminer le montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne adhérente payable par Beneva est établi au prorata du temps effectivement travaillé par rapport au travail à temps complet au cours des 12 mois précédant le décès.

1) Assurance vie de base de la personne adhérente

Au décès de la personne adhérente, Beneva s'engage à payer un montant d'assurance vie correspondant à une fois le salaire annuel de la personne adhérente qui décède. Ce montant est versé aux personnes désignées comme bénéficiaires dans la plus récente désignation de bénéficiaire valide que Beneva a reçue de la personne adhérente.

2) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente

En plus du montant d'assurance vie de base mentionné au point précédent, la personne adhérente peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie égal à 1, 2 ou 3 fois son salaire annuel, selon son choix.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par Beneva sont exigées lors de l'adhésion et lors de toute demande d'augmentation du montant d'assurance.

La tarification tient compte de l'âge, du sexe et des habitudes tabagiques de la personne adhérente. Pour se prévaloir de la tarification avantageuse offerte à la personne adhérente non fumeuse, la personne adhérente doit fournir à Beneva une déclaration dûment signée de personne non fumeuse, en utilisant le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement ». En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

Limitation en cas de suicide – Si la personne adhérente se suicide dans les 12 mois qui suivent immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie additionnelle qu'elle a demandés plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, aucun montant d'assurance n'est payable à cet égard. Dans un tel cas :

- i) Beneva ne rembourse que les primes perçues pour ces montants d'assurance vie additionnelle;
- ii) tout montant d'assurance vie additionnelle qui est entré en vigueur plus de 12 mois avant la date du suicide est payable par Beneva.

3) Paiement anticipé en raison de courte espérance de vie (Assurance vie de base et Assurance vie additionnelle de la personne adhérente)

Lorsque l'assurance vie de base ou l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente totalement invalide est maintenue en vigueur sans paiement de primes et qu'il est médicalement démontré que son espérance de vie est d'au plus 12 mois, elle peut, sur demande écrite transmise au siège social de Beneva, obtenir un montant égal au moindre de 25 000 \$ et de 50 % du montant d'assurance vie de base ou d'assurance vie additionnelle qui aurait été en vigueur à son égard 24 mois après la date de réception de la demande de paiement anticipé, compte tenu de toute réduction que prévoit alors son assurance.

La personne adhérente qui demande un paiement anticipé doit fournir à Beneva les preuves démontrant :

- a) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande;
- b) que tout bénéficiaire qu'elle a nominativement désigné pour son assurance vie de base ou son assurance vie additionnelle a accepté qu'elle exerce son droit au paiement anticipé.

Lors du décès de la personne adhérente, le montant résiduel de son assurance vie de base ou de son assurance vie additionnelle est payable par Beneva. Ce montant résiduel est égal à la différence entre le montant d'assurance qui aurait été payable en l'absence de paiement anticipé et la valeur du paiement anticipé. Cette valeur est égale au montant du paiement anticipé accumulé avec intérêt à un taux annuel équivalent au dernier taux de rendement des bons du Trésor à 1 an publié par la Banque du Canada pendant le mois précédant celui au cours duquel le paiement anticipé est versé plus 2 %.

4) Bénéficiaire

Pour tout montant d'assurance payable à son décès, la personne adhérente peut, sous réserve des dispositions de la loi, désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné, par l'entremise du site Espace client ou en communiquant avec le siège social de Beneva.

S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné lorsque la personne adhérente décède, les prestations sont payables aux exécuteurs ou administrateurs de la succession de la personne adhérente ou à ses ayants droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, les prestations leur sont attribuées en parts égales.

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

Cette assurance couvre la personne conjointe et les enfants à charge de 24 heures ou plus qui sont assurés en vertu du régime d'assurance maladie.

Si la personne adhérente détient un statut de protection monoparental en vertu du régime d'assurance maladie, un montant d'assurance de 5 000 \$ est payable par Beneva au décès de chaque enfant à charge assuré de 24 heures ou plus.

Si la personne adhérente détient un statut de protection couple en vertu du régime d'assurance maladie, le montant d'assurance qui est payable par Beneva est de 5 000 \$ au décès de la personne conjointe assurée.

Si la personne adhérente détient un statut de protection familial en vertu du régime d'assurance maladie, le montant d'assurance qui est payable par Beneva est de 5 000 \$ au décès de la personne conjointe assurée et de 5 000 \$ au décès de chaque enfant à charge assuré de 24 heures ou plus.

6) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

La personne adhérente peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie pour sa personne conjointe. Le montant qu'elle choisit doit être égal à un multiple de 10 000 \$ et ne peut excéder 100 000 \$.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par Beneva sont exigées lors de l'adhésion et lors de toute demande d'augmentation du montant d'assurance.

La tarification tient compte de l'âge de la personne adhérente et du sexe et des habitudes tabagiques de la personne conjointe. Pour se prévaloir de la tarification avantageuse offerte pour la personne conjointe non fumeuse, la personne adhérente doit fournir à Beneva une déclaration de personne non fumeuse dûment signée par la personne conjointe, en utilisant le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement ». En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

Limitation en cas de suicide - Si la personne conjointe se suicide dans les 12 mois qui suivent immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe que la personne adhérente a demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne conjointe, aucun montant d'assurance n'est payable à cet égard. Dans un tel cas :

- i) Beneva ne rembourse que les primes perçues pour ces montants d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- ii) tout montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe qui est entré en vigueur plus de 12 mois avant la date du suicide de la personne conjointe est payable par Beneva.

4.2 ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

1) Assurance

Lorsqu'une personne adhérente subit, avant l'âge de 65 ans, l'une des pertes indiquées au tableau ci-dessous à la suite d'un accident, et cela dans les 365 jours dudit accident, le montant d'assurance en cas de mutilation accidentelle auquel elle a droit en vertu de la présente garantie est indiqué dans le tableau en question. Il est toutefois entendu que le maximum qui peut être payé pour toutes les pertes relatives à un même accident est de 60 000 \$.

Perte accidentelle	Montant
• des 2 mains ou des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	60 000 \$
• d'une main et d'un pied	60 000 \$
• d'une main ou d'un pied, ainsi que de la vue d'un œil	60 000 \$
• de l'ouïe des 2 oreilles et de la parole	60 000 \$
• quadriplégie	60 000 \$
• paraplégie	60 000 \$
• hémip légie	60 000 \$
• d'une jambe ou d'un bras	45 000 \$

• d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil ou de l'ouïe des 2 oreilles ou de la parole	30 000 \$
• du pouce et de l'index de la même main	15 000 \$
• de l'ouïe d'une oreille	15 000 \$

2) Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent aux pertes dont il est question dans la présente garantie :

Perte désigne la perte d'usage totale et irrécouvrable d'un membre, d'une main, d'un pied, de la vue, de l'ouïe ou de la parole.

Perte d'un bras désigne l'amputation du bras au coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe désigne l'amputation de la jambe au genou ou au-dessus.

Perte d'une main désigne l'amputation au poignet ou au-dessus, mais sans qu'il y ait perte d'un bras.

Perte d'un pied désigne l'amputation à la cheville ou au-dessus, mais sans qu'il y ait perte d'une jambe.

Perte d'un doigt désigne l'amputation à l'articulation qui relie le doigt à la main ou au-dessus, mais sans qu'il y ait perte d'une main ni perte d'un bras.

3) Exclusions, limitations et restrictions de l'assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente

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 l'assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente :

- tentative de suicide ou blessures que la personne adhérente s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- participation active à un acte criminel;
- participation active à une guerre ou une guerre civile, ou à une émeute ou une insurrection ou service actif dans les forces armées de tout pays, que les hostilités soient déclarées ou non;
- 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);
- empoisonnement ou intoxication;
- voyage ou envolée dans toute espèce d'aéronef, lorsque la personne assurée exerce toute fonction de membre d'équipage d'aéronef.

4.3 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

1) Assurance

Si une personne adhérente est totalement invalide au terme du délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et pourvu qu'elle le soit devenue lorsqu'elle était assurée en vertu de cette garantie, Beneva s'engage à lui verser des prestations mensuelles conformément aux dispositions du présent régime.

2) Délai de carence

Pour la personne adhérente détentrice de poste à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet, le délai de carence est de 5 jours ouvrables plus 104 semaines. Pour toute autre personne adhérente, le délai de carence est de 7 jours de calendrier d'invalidité plus 104 semaines et il débute le premier jour où la personne aurait dû se présenter au travail si elle n'avait pas été totalement invalide.

3) Montant des prestations

Le montant initial des prestations mensuelles correspond à 72 % du salaire mensuel net. Le premier versement de la rente mensuelle est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite, pourvu que subsiste l'invalidité totale. Les prestations ne sont pas imposables.

Aux fins de la présente garantie, le salaire net est le salaire qu'aurait reçu la personne adhérente à sa 105^e semaine d'invalidité totale, n'eût été de cette invalidité, réduit des impôts provincial et fédéral et des cotisations à l'assurance emploi (AE), au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), au Régime de rentes du Québec (RRQ) et au Régime de pensions du Canada (RPC).

Si la personne adhérente n'est pas une personne salariée détentrice de poste à temps complet, le salaire utilisé pour déterminer les prestations payables par Beneva en vertu de cette garantie est établi au prorata du temps effectivement travaillé par rapport au travail à temps complet au cours des 52 semaines précédant le début de l'invalidité totale. Les 52 semaines qui entrent dans ce calcul sont celles pour lesquelles aucune période de maladie, de congé de maternité, d'adoption, de retrait préventif, de congé annuel ou d'absence sans solde prévue à la convention collective n'a été autorisée. Cependant, ce calcul doit comprendre un minimum de 12 semaines. À défaut, Beneva tient compte du temps effectivement travaillé avant la période de 52 semaines jusqu'à ce que ce calcul puisse s'effectuer avec un total de temps effectivement travaillé de 12 semaines. Dans le cas où le calcul ne peut comprendre un minimum de 12 semaines parce que la période entre la dernière date d'embauche de la personne salariée et la date d'invalidité ne le permet pas, ce calcul s'effectue sur la base de cette dernière période.

4) Durée du versement des prestations

À compter de l'expiration du délai de carence, les prestations sont versées mensuellement tant que subsiste l'invalidité totale, jusqu'au dernier jour du mois où la personne atteint l'âge de 65 ans (60 ans si son invalidité a débuté entre le 1^{er} juillet 2001 et le 31 décembre 2015).

5) Réduction des prestations

Les prestations mensuelles payables par Beneva sont réduites des **prestations d'invalidité** payables en vertu :

- de la *Loi sur l'assurance automobile*;
- de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*;
- du Régime de rentes du Québec;
- une rente de retraite du Régime de retraite du Québec que la personne adhérente reçoit ou est en droit de recevoir en raison de son invalidité;
- du Régime de pensions du Canada;
- de tout régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes;
- d'un régime de retraite de l'employeur; ou
- de toute autre loi sociale.

Elles sont également réduites de **85 % de la rente de retraite brute** que la personne salariée reçoit en vertu d'un régime de retraite de l'employeur. Cette réduction s'applique également à la personne qui, bien que ne recevant pas la rente en question, pourrait la 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. Le régime de retraite de l'employeur peut être par exemple le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite des enseignants (RRE) ou le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF). Les prestations ne sont cependant pas réduites par la *Prestation de maladie en phase terminale* offerte par le RREGOP.

Il incombe à la personne adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit à des prestations en vertu des lois ou régimes mentionnés précédemment, sauf en ce qui concerne les revenus de retraite payables en vertu :

- du Régime de pensions du Canada;
- du Régime de rentes du Québec, sauf si la personne adhérente reçoit ou est en droit de recevoir une rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec; ou
- du régime de retraite de son employeur.

Le calcul des prestations payables par Beneva ne tient pas compte de l'indexation des revenus d'invalidité mentionnés au présent paragraphe 5).

6) Coordination des prestations

Si les revenus de toutes sources reçus par la personne adhérente et les prestations payables en vertu de la présente garantie sont supérieurs à 100 % de son salaire net, les prestations payables par Beneva sont réduites de façon à ce que le revenu total reçu par la personne adhérente soit égal à 100 % de son salaire net. Par revenus de toutes sources, on entend :

- a) toutes prestations indiquées au paragraphe « Réduction des prestations » de la présente garantie;
- b) tout revenu provenant d'un régime d'assurance couvrant la personne adhérente à titre de membre d'une association;
- c) tout remboursement de perte de salaire obtenu parce que les responsabilités de la perte relèvent légalement d'une tierce partie ou parce que cette perte est compensée par ailleurs en vertu d'une autre assurance, ou qu'elle n'aurait pas été subie sans l'existence du contrat;
- d) tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi.

Aux fins de la coordination des prestations, il n'est pas tenu compte de l'indexation des revenus qui y sont mentionnés.

7) **Indexation des prestations**

Lorsque les prestations d'assurance salaire de longue durée ont été payées par Beneva pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité totale, elles sont indexées le 1^{er} janvier de chaque année subséquente, selon les mêmes modalités que celles du Régime de rentes du Québec mais jusqu'à concurrence d'un ajustement annuel maximal de 3 %.

8) **Emploi de réadaptation**

Avec l'accord de Beneva, la personne adhérente totalement invalide peut s'engager dans un emploi qui favorise sa réadaptation. Les prestations payables par Beneva durant la période d'emploi de réadaptation sont réduites de 50 % du revenu brut que touche la personne pour cet emploi. De plus, elles sont limitées de telle sorte que le total de celles-ci et de la rémunération nette reçue dans le cadre d'un travail de réadaptation ne peut excéder 100 % du salaire mensuel net de la personne adhérente au début du versement des prestations d'invalidité totale du régime de l'employeur.

9) **Exclusions, limitations et restrictions**

a) La garantie d'assurance salaire de longue durée ne couvre pas les périodes d'invalidité totale suivantes :

- i) celles pendant lesquelles la personne adhérente n'observe pas les recommandations établies par sa ou son médecin traitant, sauf le cas d'état stationnaire attesté par une ou un médecin à la satisfaction de Beneva;
- ii) celles pendant lesquelles la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit de 10 % ou plus du maximum des gains admissibles du Régime de rentes du Québec pour l'année alors en cours, sauf le cas prévu au paragraphe 8) **Emploi de réadaptation** précédent. Dans ce 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;
- iii) celles qui résultent de traitements esthétiques;
- iv) celles qui sont visées par les restrictions se trouvant dans la définition de « Période d'invalidité totale ».

b) À moins de démontrer qu'il lui est impossible de le faire, la personne adhérente qui ne fournit pas à Beneva toute information supplémentaire que Beneva a requise ou qui ne se soumet pas à un examen médical que Beneva a requis dans les 90 jours qui suivent la demande de Beneva à cet égard, peut voir sa demande de prestations refusée ou le paiement de ses prestations interrompu et cela, jusqu'à la date à laquelle Beneva reçoit les document requis.

10) **Prolongation**

L'exonération des primes et l'assurance de la présente garantie continuent jusqu'à la fin de la même période d'invalidité totale, sauf pendant toute période de retour au travail, que le contrat ou la présente garantie demeure en vigueur ou non.

11) **Invalidité totale survenant pendant une période d'interruption temporaire du travail**

Les invalidités totales survenant lors de périodes d'interruption temporaire du travail prévues à la convention collective sont traitées conformément aux dispositions suivantes :

- a) si la personne adhérente a maintenu sa participation à l'assurance salaire de longue durée, son invalidité totale est reconnue et le délai de carence débute à la **date prévue du retour au travail** de la personne adhérente; les prestations deviennent payables après l'épuisement du délai de carence, pourvu que la personne soit encore totalement invalide à cette date;
- b) si la personne adhérente a interrompu sa participation à l'assurance salaire de longue durée, son invalidité totale n'est pas reconnue et ne donne donc pas droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée, ni pendant la période d'interruption de travail ni après.

5. RÉGIME D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES RETRAITÉES

5.1 PRÉSENTATION

La personne salariée nouvellement retraitée a la possibilité de conserver une protection d'assurance vie par l'entremise du régime facultatif d'assurance vie collective à l'intention de la personne retraitée. Trois garanties lui sont offertes :

- Assurance vie de la personne retraitée
- Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de la personne retraitée
- Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

Les dispositions prévues à la section 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX s'appliquent au présent régime dans la mesure où le contexte le permet.

5.2 DÉFINITION

La définition suivante s'applique au présent régime :

Personne retraitée : toute personne visée par le régime d'assurance collective de l'APTS qui est reconnue comme retraitée en vertu du régime de retraite de l'employeur.

5.3 DESCRIPTION DES GARANTIES

5.3.1 Assurance vie de la personne retraitée

a) Objet de l'assurance

Conformément aux dispositions du présent régime, Beneva s'engage à payer le montant de l'assurance vie de la personne retraitée si la personne retraitée décède pendant qu'elle est assurée par cette garantie. Ce montant est versé aux personnes désignées comme bénéficiaires dans la plus récente désignation de bénéficiaire valide que Beneva a reçue de la personne retraitée.

b) Montant d'assurance

La personne retraitée peut opter pour un montant d'assurance variant de 5 000 \$ à 100 000 \$, par tranches de 5 000 \$.

Toutefois, ce montant ne peut excéder la somme des montants d'assurance que la personne retraitée détenait, arrondie au multiple supérieur de 5 000 \$ si cette somme n'est pas déjà un tel multiple, en vertu de l'assurance vie de base de la personne adhérente et de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente du régime complémentaire I immédiatement avant la date de la prise de sa retraite, ou immédiatement avant la date du début de sa participation au programme de retraite progressive, à condition que la personne adhérente remette une copie de son contrat de préretraite à Beneva.

La personne retraitée peut diminuer le montant d'assurance de la présente garantie après son entrée en vigueur, mais ne peut pas l'augmenter.

c) Bénéficiaire

Pour tout montant d'assurance payable à son décès, la personne retraitée peut, sous réserve des dispositions de la loi, désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné, par une déclaration écrite déposée au siège social de Beneva.

S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné lorsque la personne retraitée décède, les prestations sont payables aux exécuteurs ou aux administrateurs de la succession de la personne retraitée ou à ses ayants droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, les prestations leur sont attribuées en parts égales.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant ou en même temps que la personne retraitée retournent à la personne retraitée.

d) Paiement anticipé

Lorsqu'il est médicalement démontré que l'espérance de vie de la personne retraitée est d'au plus 12 mois, elle peut, sur demande écrite au siège social de Beneva, obtenir un montant égal au moindre de 25 000 \$ et de 50 % du montant d'assurance vie en vigueur à son égard.

La personne retraitée qui demande un paiement anticipé doit fournir à Beneva les preuves démontrant :

- i) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande;
- ii) que le bénéficiaire qu'elle a nominalelement désigné pour son assurance vie a accepté qu'elle exerce son droit au paiement anticipé.

Lors du décès de la personne retraitée, le montant résiduel de son assurance vie est payable par Beneva. Ce montant résiduel est égal à la différence entre le montant d'assurance qui aurait été payable en l'absence de paiement anticipé et la valeur du paiement anticipé. Cette valeur est égale au montant du paiement anticipé accumulé avec intérêt à un taux annuel équivalant au dernier taux de rendement des bons du Trésor à 1 an publié par la Banque du Canada pendant le mois précédant celui au cours duquel le paiement anticipé est versé plus 2 %.

5.3.2 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de la personne retraitée

a) Objet de l'assurance

Conformément aux dispositions du contrat, Beneva s'engage à payer le montant d'assurance de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du présent régime si une personne à charge de la personne retraitée décède pendant qu'elle est assurée par cette garantie. Ce montant est versé à la personne retraitée.

b) Montant d'assurance

Le montant d'assurance de la présente garantie varie comme suit :

- i) Personne conjointe : 5 000 \$;
- ii) Enfant à charge (24 heures ou plus) : 2 000 \$.

5.3.3 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

a) Objet de l'assurance

Conformément aux dispositions du contrat, Beneva s'engage à payer le montant de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe du présent régime si la personne conjointe de la personne retraitée décède pendant qu'elle est assurée par cette garantie. Ce montant est versé à la personne retraitée.

b) Montant d'assurance

La personne retraitée peut opter pour un montant d'assurance sur la vie de sa personne conjointe de 5 000 \$ à 50 000 \$, par tranches de 5 000 \$. Toutefois, ce montant ne peut pas excéder le montant d'assurance que la personne retraitée détient en vertu de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe du régime complémentaire I immédiatement avant la date de la prise de sa retraite.

La personne retraitée peut diminuer le montant d'assurance de la présente garantie après son entrée en vigueur, mais ne peut pas l'augmenter.

5.4 ADMISSIBILITÉ

5.4.1 Personne retraitée

Est admissible au présent régime toute personne salariée qui prend sa retraite et qui participe à l'assurance vie de base de la personne adhérente du régime complémentaire I immédiatement avant la date de la prise de sa retraite.

La personne salariée devient admissible au présent régime à la date de la prise de sa retraite. Toutefois, si la personne salariée est totalement invalide à cette date, elle ne devient admissible au présent régime qu'à la date de la fin de l'exonération de ses primes pour la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente du régime complémentaire I.

5.4.2 Personne à charge

Toute personne à charge d'une personne retraitée est admissible à l'assurance du présent régime à la même date que la personne retraitée, si elle était déjà assurée à titre de personne à charge de la personne retraitée immédiatement avant la date de la prise de la retraite de cette dernière. Sinon, elle devient admissible à l'assurance à la date à laquelle elle devient une personne à charge de la personne retraitée.

5.5 PARTICIPATION

La participation au présent régime est facultative.

Pour participer au présent régime, la personne retraitée doit soumettre son formulaire d'adhésion à Beneva dans les 31 jours de la date de la prise de sa retraite, tel que prévu au point 5.6. Après ce délai, la personne retraitée ne peut plus participer au présent régime.

5.5.1 Assurance vie de la personne retraitée

La personne retraitée peut participer à l'assurance vie de la personne retraitée du présent régime si elle participait à l'assurance vie de base de la personne adhérente du régime complémentaire I immédiatement avant la date de la prise de sa retraite.

5.5.2 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de la personne retraitée

La personne retraitée peut participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du présent régime :

- a) si elle participe à l'assurance vie de la personne retraitée du présent régime; et
- b) si elle participait à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du régime complémentaire I immédiatement avant la date de la prise de sa retraite.

5.5.3 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

La personne retraitée peut participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe du présent régime :

- a) si elle demande de participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du présent régime; et
- b) si elle participait à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe du régime complémentaire I immédiatement avant la date de la prise de sa retraite.

La personne retraitée peut demander en tout temps de cesser de participer à l'une ou l'autre des garanties du présent régime, sous réserve des règles précédemment énoncées. Toutefois, elle ne peut pas y adhérer de nouveau par la suite, sauf dans les cas prévus au point 5.9.

5.6 ADHÉSION

Pour participer au présent régime, la personne retraitée doit transmettre son formulaire d'adhésion à Beneva dans les 31 jours suivant la date de la prise de sa retraite, en indiquant le montant retenu et les garanties choisies.

5.7 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

5.7.1 Adhésion lors de la retraite

Lorsque la personne retraitée adhère au présent régime dans les 31 jours qui suivent la date de la prise de sa retraite, l'assurance vie de la personne retraitée, l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge et l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, si elles sont demandées en même temps, entrent en vigueur à la date de la prise de la retraite de la personne retraitée.

5.7.2 Adhésion en cours d'assurance

- a) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de la personne retraitée

Lorsque la personne retraitée adhère à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge selon ce qui est prévu au point 5.9.1, cette garantie entre en vigueur à la date d'admissibilité de la nouvelle personne à charge.

- b) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

Lorsque la personne retraitée adhère à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe selon ce qui est prévu au point 5.9.2, cette garantie entre en vigueur le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par Beneva.

En aucun cas, l'assurance d'une personne à charge ne peut entrer en vigueur avant celle de la personne retraitée.

5.8 PREUVES D'ASSURABILITÉ

Si la personne retraitée adhère à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe en cours d'assurance parce qu'elle a une nouvelle personne conjointe, elle doit présenter des preuves d'assurabilité à la satisfaction de Beneva à l'égard de cette nouvelle personne.

5.9 MODIFICATIONS EN COURS D'ASSURANCE

5.9.1 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de la personne retraitée

Lorsqu'une personne retraitée qui participe seulement à l'assurance vie de la personne retraitée a une nouvelle personne à charge, elle peut demander de participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du présent régime. Pour ce faire, elle doit transmettre une demande écrite à Beneva dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible à l'assurance.

5.9.2 Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

Lorsqu'une personne retraitée qui participe à l'assurance vie de la personne retraitée a une nouvelle personne conjointe, elle peut demander de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe du présent régime à condition qu'elle participe ou demande de participer aussi à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge selon ce qui est prévu au paragraphe 5.9.1 ci-dessus. Pour ce faire, elle doit :

- a) transmettre une demande écrite à Beneva dans les 31 jours suivant la date à laquelle la nouvelle personne conjointe devient admissible à l'assurance; et
- b) présenter des preuves d'assurabilité à la satisfaction de Beneva à l'égard de la personne conjointe à assurer.

5.10 FIN DE L'ASSURANCE

5.10.1 Personne retraitée

L'assurance vie de la personne retraitée prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date de la fin du présent régime;
- b) le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date de réception par Beneva de la demande écrite de la personne retraitée visant à mettre fin à sa participation à cette garantie;
- c) la date de la fin de la dernière période de prime pour laquelle la prime a été payée pour cette garantie;
- d) la date de la fin du contrat d'assurance.

5.10.2 Personne à charge

- a) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de la personne retraitée

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin de l'assurance vie de la personne retraitée;
 - ii) le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date de réception par Beneva d'une demande écrite de la personne retraitée visant à mettre fin à sa participation à cette garantie;
 - iii) la date de la fin de la dernière période de prime pour laquelle la prime a été payée pour cette garantie;
 - iv) la date du décès de la personne retraitée;
 - v) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge au sens du contrat d'assurance.
- b) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe de la personne retraitée

L'assurance de la personne conjointe prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin de l'assurance vie de la personne retraitée;
- ii) la date de la fin de l'assurance de la personne conjointe et des enfants à charge du présent régime;
- iii) le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date de réception par Beneva d'une demande écrite de la personne retraitée visant à mettre fin à sa participation à cette garantie;
- iv) la date de la fin de la dernière période de prime pour laquelle la prime a été payée pour cette garantie;
- v) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge au sens du contrat d'assurance.

5.11 DROIT DE TRANSFORMATION

Au cours des 31 jours suivant la fin du présent régime, si celui-ci n'est pas remplacé ou s'il est remplacé par un régime offrant un montant d'assurance moindre, toute personne retraitée assurée depuis au moins 5 ans en vertu du contrat, à titre de membre actif ou de personne retraitée dans les régimes d'assurance APTS, et dont l'assurance se termine à cause de la fin du régime, peut obtenir, sans fournir de preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie permanente ou d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans d'un genre alors émis par Beneva, mais dont le montant d'assurance n'excède pas le plus élevé des deux montants suivants :

- a) 10 000 \$; ou
- b) 25 % du montant d'assurance de la personne retraitée en vertu du présent régime.

Au cours des 31 jours suivant la fin de son assurance en vertu du présent régime, toute personne à charge d'une personne retraitée peut, à condition qu'elle soit assurée depuis au moins cinq ans en vertu du contrat, à titre de personne à charge d'un membre actif ou d'une personne retraitée dans les régimes APTS, obtenir sans fournir de preuves d'assurabilité un contrat individuel d'assurance vie permanente ou d'assurance vie temporaire échéant à 65 ans d'un genre alors émis par Beneva, mais dont le montant d'assurance n'excède pas 5 000 \$.

5.12 DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations en vertu du présent régime et toutes pièces justificatives doivent être soumises à Beneva, aux frais du demandeur et à la satisfaction de Beneva, au plus tard 3 ans après la date du décès.

La personne qui présente la demande de prestations doit fournir les preuves nécessaires à l'établissement de son droit à présenter une demande de prestations et au montant de ces dernières, ou les faire fournir à ses frais.

6. DEMANDE DE PRESTATIONS

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

Obtenez un remboursement en 48 heures avec les services électroniques de Beneva!

C'est simple :

- 1** Inscrivez-vous au site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**
- 2** Lors de votre inscription au site **Espace client**, ayez en main votre numéro de certificat et un spécimen de chèque afin d'adhérer au dépôt direct de vos prestations
- 3** Réclamez en ligne sur le site **Espace client**, ou avec votre téléphone intelligent avec l'application gratuite **Beneva** (**beneva.ca/fr/application-beneva**)
- 4** Recevez votre remboursement **en moins de 48 heures***!

Profitez également des nombreuses autres fonctionnalités offertes sur le site **Espace client** :

- Simulez une réclamation afin de vérifier si les frais sont admissibles
- Consultez vos relevés de prestations
- Commandez un relevé à des fins d'impôt
- Imprimez des cartes d'assurance additionnelles
- Faites votre changement d'adresse
- Prolongez l'admissibilité de votre enfant à charge
- Effectuez un changement de bénéficiaire

Et plus encore!

* Pour bénéficier d'un remboursement en 48 heures, vous devez être inscrit au dépôt direct. Le remboursement en moins de 48 heures est offert pour la majorité des frais couverts.

6.1 ASSURANCE MALADIE

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

6.1.1 Frais hospitaliers

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, la personne assurée présente sa carte d'assurance à l'hôpital.

6.1.2 Frais de médicaments

a) Paiement avec carte de paiement direct

Ce mode de paiement permet la transmission électronique des demandes de prestations directement de la pharmacie à Beneva. Sur présentation de la carte d'assurance, la pharmacienne ou le pharmacien valide immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement. Si c'est le cas, la personne assurée n'a qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance maladie puisque Beneva rembourse la portion assurée directement à la pharmacienne ou au pharmacien.

Lorsque la personne assurée a déjà présenté sa carte à une pharmacienne ou un pharmacien, elle n'a plus à le faire lors d'achats subséquents. Cependant, si elle change de pharmacie, elle doit la présenter de nouveau.

Coordination de prestations en pharmacie

Si une personne assurée est couverte par deux régimes d'assurance collective comportant chacun une garantie d'assurance médicaments (double assurance) avec un mode de paiement direct, elle peut présenter ses deux cartes à la pharmacienne ou au pharmacien de sorte que les prestations puissent être coordonnées au moment de l'achat.

Première utilisation

Si la personne adhérente détient une protection monoparentale, couple ou familiale, la pharmacienne ou le pharmacien doit compléter le dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de toute personne à charge assurée qui utilise la carte pour une première fois. Beneva suggère à la personne adhérente de fournir ces renseignements à la pharmacienne ou au pharmacien s'ils ne sont pas déjà au dossier. Dans le cas où une preuve d'âge est exigée, la carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) constitue une preuve suffisante.

Enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement et aux études à temps plein

Les frais de médicaments pour les enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement sont couverts moyennant 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. Beneva suggère donc à la personne adhérente de soumettre une déclaration de fréquentation scolaire si elle a des enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement. Cette déclaration peut être faite de façon verbale ou écrite.

La personne adhérente peut également faire cette déclaration en ligne sur le site **Espace client** et ainsi bénéficier du service de notification avant le début de chaque année scolaire.

b) Demande de remboursement par la poste

Si la pharmacienne ou le pharmacien n'a pas d'entente avec le fournisseur de service ou que la demande de prestations pour une catégorie de médicaments (par exemple une préparation magistrale ou médicament servant à traiter l'infertilité) ne peut être transmise électroniquement à Beneva, la personne assurée peut acheminer ses demandes par la poste en utilisant le formulaire de demande de prestations d'assurance maladie, disponible sur le site Internet de Beneva au beneva.ca de même que sur le site **Espace client** en version personnalisée.

Les prestations sont payables sur présentation à Beneva de reçus convenablement détaillés. Ces reçus doivent être envoyés à l'adresse indiquée au point 6.6 « Pour joindre Beneva ».

Le reçu de pharmacie doit mentionner le nom de la personne assurée, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament. Les frais doivent avoir été dûment acquittés.

Les médicaments fournis par une ou un médecin (ou une infirmière) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi sont également remboursables, sur présentation des reçus indiquant le nom et la quantité des médicaments.

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures **tous les 3 mois. Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris pour des frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.**

6.1.3 Frais hospitaliers ou médicaux attribuables à un accident du travail ou d'automobile

Les frais médicaux ou hospitaliers découlant d'un accident du travail ou d'un accident automobile sont remboursables par la CNESST ou la SAAQ. Ces demandes doivent être présentées à la CNESST ou à la SAAQ et non à Beneva.

6.1.4 Autres frais

Pour certains frais, il est possible de faire une demande de prestations en ligne sur le site **Espace client** ou en utilisant les services mobiles de Beneva. Dans les deux cas, la personne adhérente doit conserver l'original des factures pendant les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Toutes les autres demandes de prestations doivent être soumises directement à Beneva par la personne assurée, qui doit joindre l'original des documents justificatifs (reçus, factures, etc.) au formulaire de demande de prestations d'assurance maladie, disponible sur le site Internet de Beneva au beneva.ca de même que sur le site **Espace client** en version personnalisée. L'original des reçus n'étant pas retourné, il est préférable d'en conserver une copie.

L'adresse de correspondance de Beneva est indiquée au point 6.6 « Pour joindre Beneva ».

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures tous les 3 mois. Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

6.2 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

6.2.1 Assurance voyage

Lors d'une situation d'urgence survenant durant un séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, tous les services d'assistance voyage et la majorité des frais admissibles d'assurance voyage sont pris en charge par le service d'assistance voyage de Beneva, pourvu que la personne assurée communique avec ses représentants.

Au retour de la personne assurée, le service d'assistance voyage de Beneva lui achemine les documents lui permettant de transmettre :

- a) sa demande de prestations accompagnée de l'original des reçus pour les frais admissibles déboursés;
- b) l'autorisation d'obtenir, en son nom, le remboursement des frais admissibles en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Aucun remboursement de frais hospitaliers ou médicaux n'est effectué en vertu de l'assurance voyage avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

Tous les autres frais couverts par cette garantie peuvent être réclamés directement à Beneva, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes pour Beneva (factures, reçus, prescriptions, etc.).

6.2.2 Assurance annulation de voyage

Lors d'une demande de prestations d'assurance annulation de voyage, la personne assurée doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- a) titres de transport inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements de voyage. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'entremise d'une ou d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- d) preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation, ainsi que la réponse de l'agent de voyages ou du transporteur;
- e) documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par une ou un médecin habilité par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- f) rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route;
- g) rapport officiel émis par les autorités concernées et portant sur les conditions atmosphériques;

- h) preuve écrite émise par l'organisatrice officielle de l'activité à caractère professionnel ou commercial, à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation;
- i) tout autre rapport exigé par Beneva et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

6.3 SOINS DENTAIRES

La personne assurée présente sa carte d'assurance au dentiste et paie la portion non remboursable des frais assurés par Beneva. Si la ou le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique des demandes de prestations, la personne assurée doit faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour soins dentaires » par la ou le dentiste, compléter ce document, le signer et le retourner à Beneva à l'adresse indiquée au point 6.6 « Pour joindre Beneva ». Ce formulaire est disponible sur le site Internet de Beneva au beneva.ca de même que sur le site **Espace client** en version personnalisée.

Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.

6.4 ASSURANCE VIE

Les formulaires de demande de prestations d'assurance vie s'obtiennent directement de Beneva. Toute demande de prestations en vertu du présent régime et toutes pièces justificatives doivent être soumises à Beneva, aux frais du demandeur et à la satisfaction de Beneva, au plus tard 3 ans après la date du décès.

6.5 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

La demande de prestations d'assurance salaire de longue durée devrait être présentée au plus tard 3 mois avant le début des prestations de Beneva.

6.6 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
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 à 20 h, du lundi au vendredi, au numéro suivant : **1 877 651-8080**.

Par courriel

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

7. DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

7.1 AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

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 contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations, ainsi que les réassureurs et toute autre personne autorisée par la personne adhérente 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.

7.2 MANDATAIRES ET FOURNISSEURS DE SERVICES

Beneva peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, 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.

Lorsqu'une personne adhère à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'elle 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 ci-dessus. 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, consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site **beneva.ca**.

Espace client

**2 minutes pour s'inscrire.
48 h pour recevoir un remboursement.
Qui dit mieux ?**

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

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

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

2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2

1 877 651-8080

beneva