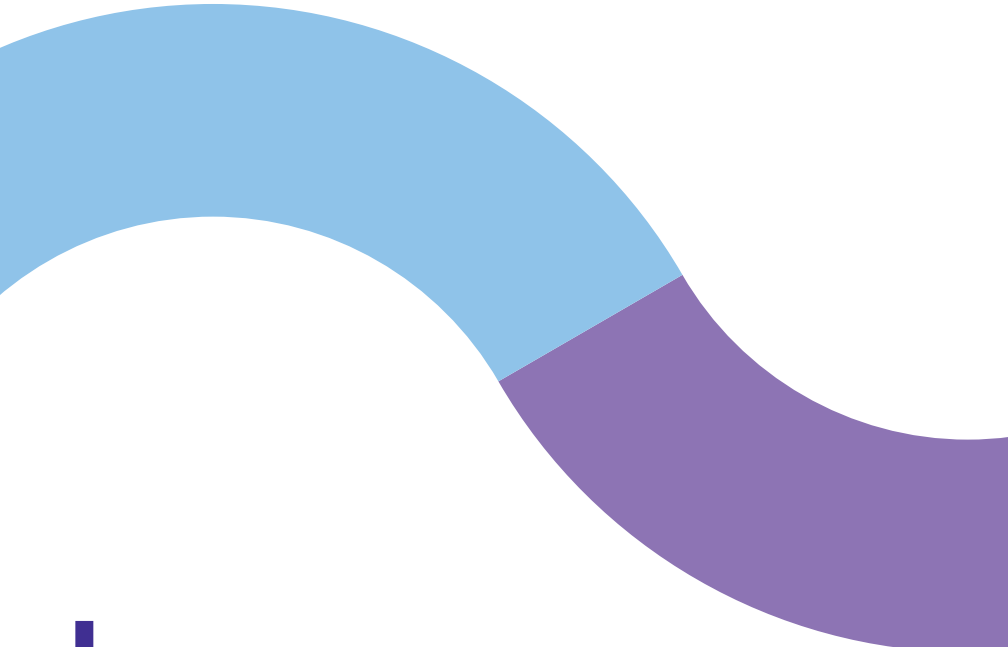


Contrat Y9999-R

En vigueur le 1^{er} janvier 2025

Retraités du personnel d'encadrement des secteurs
public et parapublic du Québec

Régime d'assurance collective



beneva

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES.....	i
------------------------------------	----------

ACTIONS À PRENDRE	1
--------------------------------	----------

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	2
--	----------

1.1	ADMISSIBILITÉ	2
-----	---------------------	---

1.2	PRISE D'EFFET	5
-----	---------------------	---

1.3	QUELS RÉGIMES PEUT-ON OU DOIT-ON CHOISIR À LA RETRAITE?	7
-----	---	---

1.4	EST-IL POSSIBLE DE CHANGER DE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (ENTRE LA BASE ET L'ENRICHI) EN COURS D'ASSURANCE?	7
-----	--	---

1.5	ASSURÉS	8
-----	---------------	---

1.6	BÉNÉFICIAIRE.....	10
-----	-------------------	----

1.7	QUELS SONT LES STATUTS DE PROTECTION DISPONIBLES?	10
-----	--	----

1.8	EXEMPTION ET TERMINAISON D'EXEMPTION	11
-----	--	----

1.9	CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION EN COURS D'ASSURANCE	13
-----	---	----

1.10	FRAIS ADMISSIBLES, REMBOURSEMENT ET FRANCHISE	14
------	---	----

1.11	ADMISSIBILITÉ DU CONJOINT SURVIVANT AUX RÉGIMES DÉTENUS PAR L'ADHÉRENT.....	16
------	---	----

2. LE RÉGIME D'ASSURANCE	
ACCIDENT MALADIE DE BASE	18

2.1	FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)	18
-----	---	----

2.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 75 % ou à 100 %, s'il y a lieu)	18
-----	--	----

2.3	EXCLUSIONS ET LIMITATIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE	22
-----	--	----

3.	LE RÉGIME D'ASSURANCE	
	ACCIDENT MALADIE ENRICHI	23
3.1	FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)	23
3.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 80 % ou à 100 %, s'il y a lieu)	23
3.3	EXCLUSIONS APPLICABLES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE ET ENRICHI	37
3.4	ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %).....	39
3.5	ASSISTANCE VOYAGE	43
3.6	ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (frais remboursés à 100 %).....	45
3.7	EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION	52
4.	LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE	60
4.1	ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	60
4.2	ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE ..	60
4.3	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT	61
5.	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	62
5.1	FRAIS HOSPITALIERS	62
5.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS	62
5.3	AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	65
5.4	ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (RÉGIME ENRICHI)	66
5.5	ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE	67
5.6	AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	68
5.7	SERVICES INTERNET BENEVA.....	71
	CONSEILS D'AMI.....	73
	TARIFICATION MENSUELLE	75

SOMMAIRE DES GARANTIES

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

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Frais hospitaliers au Québec	Chambre semi-privée jusqu'à un maximum de 90 jours / année civile / assuré	NON	Aucune	100 %
Médicaments et services pharmaceutiques admissibles	Médicaments de la liste RAMQ * Substitution générique obligatoire	OUI	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	75 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM ** et 100 % de l'excédent par certificat
Soins à domicile :	Dans les 30 jours d'une hospitalisation	OUI		
- Soins infirmiers	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré			
- Frais de transport	Frais admissibles de 30 \$ / maximum de 3 déplacements / semaine / assuré			
- Maison de convalescence	Frais admissibles de 125 \$ / jour / assuré			
- Aide à domicile	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré			
Infirmier	Frais admissibles de 300 \$ / jour / assuré Remboursement maximum de 10 000 \$ / année civile / assuré	OUI		
Injections sclérosantes (substance)	Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré	NON		

* Régie de l'assurance maladie du Québec

** Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Ambulance	Coûts usuels et raisonnables	NON	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	75 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat
Vaccins curatifs ou préventifs	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / assuré	NON		

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / assuré Si vous planifiez voyager plus de 180 jours par année, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent.	OUI	Aucune	100 %
Assurance annulation voyage	Remboursement maximum 10 000 \$ / voyage / assuré, avec justification reconnue par Beneva	S.O.		
Frais hospitaliers au Québec	Chambre semi-privée sans limite de jours	NON	Aucune	100 %
Médicaments et services pharmaceutiques admissibles	Médicaments disponibles uniquement sur prescription Substitution générique obligatoire	OUI	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Soins à domicile : - Soins infirmiers - Frais de transport - Maison de convalescence - Aide à domicile	Dans les 30 jours d'une hospitalisation Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré Frais admissibles de 30 \$ / maximum de 3 déplacements / semaine / assuré Frais admissibles de 125 \$ / jour / assuré Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat
Fauteuil roulant - lit d'hôpital	Usage temporaire seulement	OUI		
Membres artificiels et prothèses externes	Coûts usuels et raisonnables	OUI		
Prothèse capillaire (à la suite d'une chimiothérapie)	Remboursement maximum d'une (1) prothèse / 48 mois consécutifs / assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 500 \$	OUI		
Lentilles intraoculaires	Coûts usuels et raisonnables	OUI		
Prothèse mammaire (à la suite d'une mastectomie)	Coûts usuels et raisonnables	OUI		

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Soutien-gorge postopératoire (à la suite d'une mastectomie ou d'une réduction mammaire)	Coûts usuels et raisonnables Remboursement maximum de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie / assuré	OUI	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat
Bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Coûts usuels et raisonnables Pour les orthèses plantaires : maximum d'une (1) paire / année civile / assuré	OUI		
Appareils thérapeutiques y compris le neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	Coûts usuels et raisonnables Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois consécutifs / assuré pour le neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	OUI		
Pompe à insuline	Achat et réparation de pompe : Remboursement maximum de 7 500 \$ / 60 mois consécutifs / assuré Articles nécessaires à l'utilisation de la pompe : Remboursement maximum de 4 000 \$ / année civile / assuré	OUI		

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Coûts usuels et raisonnables	OUI	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat
Électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire	Coûts usuels et raisonnables	OUI		
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	1 appareil / 60 mois consécutifs / assuré	OUI		
Appareils auditifs	Frais admissibles de 1 000 \$ / 48 mois consécutifs / assuré	NON		
Infirmier	Frais admissibles de 300 \$ / jour, remboursement maximum de 10 000 \$ / année civile / assuré	OUI		
Chirurgie esthétique	À la suite d'un accident	OUI		
Bas de contention	De 21 mm de Hg ou plus, trois (3) paires / année civile / assuré	OUI		

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Injections sclérosantes (substance)	Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré	NON	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	NON		
Ambulance	Coûts usuels et raisonnables	NON		
Vaccins curatifs ou préventifs	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / assuré	NON		
Transport et hébergement au Québec	Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / assuré	OUI		
Cure de désintoxication	Frais admissibles de 50 \$ / jour, maximum 30 jours / année civile / assuré, dans un établissement reconnu	OUI		

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI (suite)

Regroupement	Frais admissibles par traitement	Remboursement maximum par année civile, par assuré et par regroupement	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Diététiste	30 \$ / 1 ^{er} , 25 \$ / suivants	500 \$	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM * et 100 % de l'excédent par certificat
Acupuncteur	35 \$	750 \$		
Ostéopathe	35 \$			
Kinésiologue	35 \$			
Kinésithérapeute	35 \$			
Orthothérapeute	35 \$			
Massothérapeute **	35 \$			
Chiropraticien ***	35 \$			
Physiothérapeute	35 \$			
Thérapeute en réadaptation physique	35 \$	500 \$		
Thérapeute du sport agréé				
Audiologiste	30 \$			
Audioprothésiste	30 \$			
Ergothérapeute	30 \$			
Orthophoniste	30 \$			
Podiatre ****	30 \$			
Podologue	30 \$			

* Régime général d'assurance médicaments

** Une prescription médicale est requise pour les frais de massothérapeute, contrairement aux autres professionnels pour lesquels une prescription n'est pas requise.

*** Les frais pour les radiographies effectuées par un chiropraticien sont limités à 50 \$/ année civile et sont assujettis au remboursement maximum par année civile, par assuré du regroupement de professionnels.

**** Les frais pour les radiographies effectuées par un podiatre sont limités à 50 \$/ année civile et sont assujettis au remboursement maximum par année civile, par assuré du regroupement de professionnels.

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI (suite)

Regroupement	Frais admissibles par traitement	Remboursement maximum par année civile, par assuré et par regroupement	Franchise annuelle	Pourcentage de remboursement
Psychanalyste Psychiatre Psychologue Psychothérapeute Travailleur social Thérapeute conjugal et familial	Coûts usuels et raisonnables	750 \$	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	50 %-

* Régime général d'assurance médicaments

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

Garantie	Capital assuré
- Assurance vie de l'adhérent retraité :	- 150 %, 125 %, 100 %, 75 %, 50 % ou 25 % du traitement de l'adhérent immédiatement avant la retraite - 10 000 \$, 5 000 \$ ou 2 000 \$
- Assurance vie du conjoint :	- 10 000 \$
- Assurance vie des enfants à charge :	- 5 000 \$ / enfant
- Assurance vie additionnelle du conjoint :	- de 1 à 5 tranches de 10 000 \$

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

ACTIONS À PRENDRE

Veillez lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour connaître les avantages auxquels vous avez droit.

Nous vous demandons d'apporter une attention particulière quant aux actions à prendre lors des situations suivantes :

Les numéros de section ou de point mentionnés pour chacune de ces situations vous renvoient aux explications détaillées.

- lors de la prise de retraite (*section 1. Renseignements généraux*);
- lors d'un changement de statut de protection (*point 1.9*);
- lors du changement du régime d'assurance accident maladie enrichi au régime de base (*point 1.4*);
- si vous avez des enfants à charge de plus de 18 ans encore aux études (*point 1.5.2*);
- lors d'une exemption de participation et de la terminaison d'une exemption (*point 1.8*);
- si vous voulez exercer un droit de transformation en assurance vie (*point 4.1*);
- lors du 65^e anniversaire de l'adhérent ou du conjoint (*points 1.1.2 b), 1.1.2 c), 1.2.1 c) et 1.4*);
- lors d'une autorisation préalable requise en vertu des garanties d'assurance voyage et d'assurance annulation voyage (*point 3.5*).

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 ADMISSIBILITÉ

1.1.1 Adhérent

Sont couverts par le présent régime ceux qui participent déjà au régime; sont aussi admissibles ceux qui devraient participer au régime des retraités.

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

La personne retraitée qui est nommée à un poste de cadre ou qui occupe temporairement des fonctions de cadre, alors qu'elle participe au régime d'assurance collective des retraités ou reçoit une rente de retraite administrée par Retraite Québec (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)), continue de participer au régime des retraités.

1.1.2 Particularités découlant de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec

a) Retraité de moins de 65 ans

En vertu de la Loi, toute personne âgée de moins de 65 ans qui devient admissible ou qui participe déjà au présent régime d'assurance accident maladie est **obligée** d'y participer et d'assurer, s'il y a lieu, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle (sous réserve du droit d'exemption décrit *au point 1.8*).

b) Retraité de 65 ans ou plus :

En vertu de la Loi, toute personne âgée de 65 ans ou plus qui devient admissible ou toute personne qui participe déjà au présent régime d'assurance accident maladie et qui atteint l'âge de 65 ans, est inscrite automatiquement à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et doit choisir l'une des options suivantes :

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

La personne âgée de 65 ans ou plus qui maintient son inscription à la RAMQ pour les médicaments ne peut plus revenir dans le régime Beneva pour les médicaments. Son choix est **irrévocable**.

c) Conjoint atteignant l'âge de 65 ans avant l'adhérent :

Le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans avant l'adhérent a le choix de maintenir sa protection de médicaments auprès de Beneva ou de s'assurer à la RAMQ.

Ainsi, le tableau suivant résume les démarches à effectuer par l'adhérent pour faire connaître le choix de son conjoint lors de son 65^e anniversaire de naissance :

Conjoint demeure assuré auprès de <u>Beneva</u> pour les médicaments et les autres garanties d'assurance accident maladie	Conjoint s'assure auprès de la <u>RAMQ</u> pour les médicaments et l'adhérent change son statut de protection pour un statut monoparental ou individuel
• L'inscription du conjoint à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Il devra donc se désengager de la RAMQ dès son 65^e anniversaire.	• L'inscription du conjoint à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Aucune démarche particulière à effectuer auprès de la RAMQ.
• L'adhérent doit informer Beneva par écrit ou par téléphone de la décision du conjoint de maintenir la couverture pour les médicaments et les autres garanties du régime d'assurance accident maladie et ce, dans les 90 jours suivant le 65^e anniversaire de naissance du conjoint.	• L'adhérent doit aviser Beneva par écrit de son intention de modifier son statut de protection pour un statut monoparental ou individuel dans les 30 jours suivant le 65^e anniversaire de naissance du conjoint. De ce fait, le conjoint ne sera plus couvert pour aucune des protections du régime d'assurance accident maladie du personnel d'encadrement retraité. Cependant, s'il le désire, le conjoint peut exercer un droit de transformation par le biais du régime individuel d'assurance maladie « Privilège » offert par Beneva. Pour ce faire, une demande écrite ou par téléphone à cet effet doit être reçue par Beneva dans les 90 jours qui suivent le 65^e anniversaire de naissance du conjoint.
• L'adhérent paie la prime du statut familial du régime d'assurance accident maladie. • Aucune surprime applicable chez Beneva pour le conjoint de 65 ans ou plus, la tarification étant établie selon l'âge de l'adhérent.	• L'adhérent paie la prime du statut monoparental ou individuel du régime d'assurance accident maladie. • La prime requise de la RAMQ devra être acquittée lors de la production de la déclaration de revenus du conjoint.
• Cette décision est révocable. Le conjoint peut s'inscrire à la RAMQ en tout temps.	• L'inscription à la RAMQ est irrévocable.

1.2 PRISE D'EFFET

1.2.1 Début de l'assurance

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

a) Régime d'assurance vie

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

LE RETRAITÉ ADMISSIBLE QUI NE TRANSMET PAS À BENEVA SA DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE VIE DES RETRAITÉS AU COURS DES 90 JOURS QUI SUIVENT LA DATE DE SON ADMISSIBILITÉ NE PEUT PLUS ADHÉRER À CE RÉGIME PAR LA SUITE.

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

Lorsqu'un retraité devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités alors qu'il est âgé de moins de 65 ans, il doit confirmer sa participation à Beneva au cours des 90 jours qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

Si la demande d'adhésion **parvient** à Beneva **au-delà** de ce délai, la protection d'assurance accident maladie de base ainsi que le paiement des primes sont rétroactifs à la date de son admissibilité sans jamais dépasser 12 mois. Les prestations pour cette période, sans jamais dépasser 12 mois, sont aussi remboursées rétroactivement. Le cas échéant, le retraité ne peut plus adhérer au régime d'assurance accident maladie enrichi par la suite, sauf à l'occasion de son 65^e anniversaire (*point 1.4*). Le régime d'assurance accident maladie de base demeure cependant accessible selon les modalités prévues précédemment.

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

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

Lorsqu'un retraité devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités alors qu'il est âgé de 65 ans ou plus, il doit confirmer sa participation à Beneva au cours des 90 jours qui suivent cette date en remplissant le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

LE RETRAITÉ DE 65 ANS OU PLUS QUI NE TRANSMET PAS À BENEVA SA DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DES RETRAITÉS AU COURS DES 90 JOURS QUI SUIVENT LA DATE DE SON ADMISSIBILITÉ NE PEUT PLUS ADHÉRER À CE RÉGIME PAR LA SUITE.

La demande d'adhésion doit être retournée à l'adresse suivante :

Beneva

Case postale 10500, succ. Sainte-Foy

Québec (Québec) G1V 4H6

Il est suggéré de faire parvenir la demande d'adhésion aux régimes au moment où les arrangements en vue de la retraite sont pris avec l'employeur.

Le coût de ces régimes est entièrement à la charge du retraité. Pour les retraités dont la rente est versée par Retraite Québec, la prime peut être retenue à la source.

1.2.2 Fin de l'assurance

Pour tout adhérent, l'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de cessation du paiement des primes;
- à la date de terminaison du régime.

1.3 QUELS RÉGIMES PEUT-ON OU DOIT-ON CHOISIR À LA RETRAITE?

1.3.1 Retraité âgé de moins de 65 ans

- a) le retraité doit choisir un régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi) à moins d'être exempté (*point 1.8.1*);
- b) le retraité peut, en plus, choisir le régime d'assurance vie (*section 4*).

1.3.2 Retraité âgé de 65 ans ou plus

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

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

1.4 EST-IL POSSIBLE DE CHANGER DE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (ENTRE LA BASE ET L'ENRICHI) EN COURS D'ASSURANCE?

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

Si l'adhérent choisit le régime d'assurance accident maladie enrichi au moment de sa retraite, il peut, en tout temps avant son 65^e anniversaire, diminuer sa protection au régime de base. Toutefois, le choix de diminuer au régime de base est irrévocable et il ne pourra plus par la suite adhérer au régime enrichi, sauf à l'occasion de son 65^e anniversaire.

Ce changement de régime qui affecte l'étendue des protections entre en vigueur à la date de la demande et la nouvelle prime pour le régime d'assurance accident maladie prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette demande.

L'adhérent doit indiquer son choix de régime d'assurance accident maladie sur le formulaire d'adhésion ou de changement prévu à cet effet.

1.5 ASSURÉS

Dans le présent document, les personnes assurées sont l'adhérent lui-même et, s'il y a lieu, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

1.5.1 Conjoint

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

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

1.5.2 Enfant à charge

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

- âgé de moins de 18 ans; ou

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

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

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

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

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux fins des régimes d'assurance accident maladie de base et enrichi et d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

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

1.5.3 Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

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

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

1.6 BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est la personne désignée par l'adhérent, à qui est versée la somme assurée payable au décès de l'adhérent (en l'absence d'un bénéficiaire désigné, la somme assurée est payable à la succession de l'adhérent).

Les prestations payables au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assurés sont toujours payables à l'adhérent.

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

1.7 QUELS SONT LES STATUTS DE PROTECTION DISPONIBLES?

Lors de son adhésion au régime d'assurance accident maladie offert aux retraités, le retraité peut choisir l'un ou l'autre des statuts de protection suivants, et ce, indépendamment du statut de protection qu'il détenait lorsqu'il participait aux régimes d'assurance accident maladie du personnel d'encadrement. Toutefois, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, l'adhérent est tenu de protéger, en assurance accident maladie, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'ils ne sont pas protégés par un autre régime d'assurance collective.

- Statut de protection individuel : protège l'adhérent seulement;

- Statut de protection monoparental : protège l'adhérent, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- Statut de protection familial (y compris couple) : protège l'adhérent et son conjoint, et, s'il y a lieu, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

La nouvelle personne retraitée doit indiquer son choix (statut de protection individuel, monoparental, familial (y compris couple) ou droit d'exemption) sur le formulaire d'adhésion prévu à cet effet.

1.8 EXEMPTION ET TERMINAISON D'EXEMPTION

1.8.1 Droit d'exemption

Un adhérent qui peut faire la preuve qu'il est protégé en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant une couverture pour les médicaments peut être exempté de participer au régime d'assurance accident maladie. De plus, l'adhérent peut participer au régime d'assurance vie. Un adhérent a droit à l'exemption en assurance accident maladie dans les trois (3) situations suivantes :

- a) il participe au régime collectif de son conjoint;
- b) il occupe à nouveau un emploi et il est protégé par un régime collectif offert par son employeur;
- c) il participe au régime collectif de son association professionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

L'adhérent **doit obligatoirement** remplir le formulaire d'adhésion prévu à cet effet et indiquer son choix de régime (base ou enrichi) avant de se prévaloir du droit d'exemption. La prise d'effet a lieu à la date de la demande. Il est suggéré d'en conserver une copie.

L'objectif de cette disposition est de permettre à l'adhérent de conserver son privilège de participer ultérieurement au régime d'assurance accident maladie s'il est protégé par un autre contrat d'assurance collective comportant une couverture pour les médicaments.

1.8.2 Terminaison d'exemption

a) Adhérent de moins de 65 ans

Dans le cas d'un adhérent qui s'était prévalu du droit d'exemption et qui n'est plus admissible au régime lui ayant permis de se prévaloir de son droit d'exemption, il doit présenter à Beneva une nouvelle demande d'adhésion **dans les 30 jours** de la date de la cessation de l'assurance. Il peut, à l'intérieur de ce délai, opter pour le statut de protection individuel, monoparental ou familial (y compris couple) correspondant à sa situation personnelle.

Dans ce cas, la protection demandée entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance et la prime pour cette protection prend effet le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec ou qui suit cette date.

Si la demande d'adhésion parvient à Beneva **au-delà du délai de 30 jours**, la protection et la prime prennent effet rétroactivement à la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, la rétroactivité n'excédera jamais 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période seront admissibles à un remboursement.

b) Adhérent de 65 ans ou plus

Dans le cas d'un adhérent exempté qui désire participer au régime d'assurance accident maladie, il doit présenter à Beneva une demande d'adhésion **dans les 30 jours** de la date de la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exempté. Dans ce cas, la protection demandée entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance et la prime pour cette protection prend effet le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec ou qui suit cette date.

Si la demande d'adhésion parvient à Beneva au-delà du délai de 30 jours, celle-ci sera refusée.

1.9 CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION EN COURS D'ASSURANCE

1.9.1 Augmentation de protection

Un adhérent peut augmenter son statut de protection en modifiant sa protection **individuelle** en protection **monoparentale** ou **familiale** (y compris couple), ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **familiale** (y compris couple), à la condition que la demande de changement soit effectuée **dans les 30 jours** qui suivent la date :

- à laquelle des personnes deviennent à sa charge;
- à laquelle son conjoint ou leurs enfants à charge cessent d'être protégés par un contrat d'assurance collective.

Le statut de protection familial (y compris couple) ou monoparental prend effet à la date de la demande et la prime pour le nouveau statut de protection prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette modification.

Pour un adhérent de **moins de 65 ans**, si la demande d'augmentation de protection est reçue par Beneva **plus de 30 jours** après l'un des événements mentionnés ci-haut, le statut de protection et la prime prennent effet rétroactivement à la date où un des deux événements ci-dessus se produit.

Toutefois, la rétroactivité n'excèdera jamais 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période seront admissibles à un remboursement.

Pour un adhérent de 65 ans ou plus, si la demande d'augmentation de protection est reçue par Beneva **plus de 30 jours** après l'un des événements mentionnés ci-haut, celle-ci sera refusée.

1.9.2 Réduction de la protection

Un adhérent peut réduire son statut de protection en modifiant sa protection **familiale** (y compris couple) en protection **monoparentale** ou **individuelle**, ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **individuelle**.

Toutefois, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, l'**adhérent de moins de 65 ans** doit protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. La protection détenue par l'adhérent doit être conforme à l'exigence de cette loi en cette matière.

Une demande de réduction de protection peut être faite en tout temps **en avisant Beneva par écrit**. Le statut de protection demandé prend effet à la date de la demande et la prime ajustée est payable à compter du 1^{er} jour du mois qui suit cette modification.

1.10 FRAIS ADMISSIBLES, REMBOURSEMENT ET FRANCHISE

Lorsque, dans la description d'une garantie, l'expression « frais admissibles » est utilisée, elle correspond au montant maximum accepté par Beneva et est **toujours** multiplié par le pourcentage de coassurance pour établir le remboursement.

Relativement au remboursement maximum par année civile, il correspond à la somme maximale des remboursements effectués par Beneva entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une même année.

La franchise, quant à elle, est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit assumer avant que le pourcentage de la coassurance ne s'applique pour le remboursement des prestations.

EXEMPLE : Frais pour le groupe acupuncteur, ostéopathe, kinésithérapeute, orthothérapeute, massothérapeute, chiropraticien, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé

a) Première demande de prestations :

5 factures de physiothérapeute de 80 \$ = 400 \$

Les frais admissibles sont limités à 35 \$ par traitement, le remboursement maximum par année civile, pour l'ensemble des professionnels de ce regroupement est de 750 \$ et la franchise est de 50 \$ pour un statut de protection individuel par année civile.

Dans ce cas, le montant présenté par facture (80 \$) est ramené à 35 \$. Le montant total de frais admissibles pour cette réclamation est donc de $5 \times 35 \$ = 175 \$$. De ce montant, on soustrait les 50 \$ de franchise : $175 \$ (\text{facture}) - 50 \$ (\text{franchise}) = 125 \$$. Ce montant est remboursé à 80 %, soit 100 \$.

b) Deuxième demande de prestations :

1 facture de chiropraticien de 80 \$

La franchise a été payée pour l'année civile (voir a). Le montant présenté de 80 \$ est ramené à 35 \$ (frais admissibles) et ce montant est remboursé à 80 %, soit 28 \$.

c) Dernière demande de prestations de l'année :

1 facture de massothérapeute de 80 \$

Supposons que le cumul des frais payés pour l'année par Beneva pour l'ensemble des professionnels de ce regroupement est 740 \$.

La franchise a été payée pour l'année civile (voir a). Le montant présenté de 80 \$ est ramené à 35 \$ (frais admissibles), après application de la coassurance de 80 %, le remboursement devrait être de 28 \$. Cependant, les remboursements effectués sont cumulés, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre, jusqu'à un remboursement maximum de 750 \$ pour l'ensemble des professionnels de ce regroupement. Ainsi, le remboursement pour cette réclamation sera limité à 10 \$.

1.11 ADMISSIBILITÉ DU CONJOINT SURVIVANT AUX RÉGIMES DÉTENUS PAR L'ADHÉRENT

Si, au moment de son décès, l'adhérent participe au(x) régime(s) suivant(s) :

1.11.1 Régime d'assurance accident maladie en vertu d'un statut de protection familial (y compris couple)

a) Adhérent âgé de moins de 65 ans lors de son décès

Lors du décès de l'adhérent, le conjoint survivant (leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu) a l'obligation d'adhérer à la RAMQ pour la garantie de médicaments, indépendamment de son âge, à condition qu'il ne soit pas admissible à un régime d'assurance collective.

Après vérification de ses obligations, si le conjoint survivant doit adhérer à la RAMQ, il peut, pour les autres garanties du régime d'assurance accident maladie, exercer un droit de transformation par le biais du régime individuel d'assurance maladie « Privilège » offert par Beneva. Pour ce faire, une demande écrite à cet effet doit être reçue par Beneva **dans les 90 jours** qui suivent la date du décès de l'adhérent.

b) Adhérent âgé de 65 ans ou plus lors de son décès

Les modalités mentionnées précédemment s'appliquent.

Toutefois, **si le conjoint est également âgé de 65 ans ou plus** au moment du décès de l'adhérent et que ce dernier est assuré le jour de son décès pour les garanties autres que les médicaments de la liste RAMQ, son conjoint (leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu) peut maintenir ces garanties. Pour ce faire, une demande écrite à cet effet doit être reçue par Beneva **dans les 90 jours** qui suivent la date du décès de l'adhérent. Le conjoint est alors considéré comme l'adhérent au régime et doit acquitter la prime.

1.11.2 Régime d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge

Si le conjoint est assuré par cette garantie au moment du décès de l'adhérent, il peut la maintenir. Le conjoint peut également maintenir la protection d'assurance vie des enfants à charge prévue au contrat. Pour ce faire, une demande écrite doit être reçue par Beneva dans les 31 jours suivant le décès de l'adhérent. La prime est alors calculée selon les taux de la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint.

1.11.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint

Si le conjoint est assuré par cette garantie au moment du décès de l'adhérent, il peut la maintenir. Pour ce faire, une demande écrite doit être reçue par Beneva dans les 31 jours suivant le décès de l'adhérent.

2. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE

2.1 FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 % du coût d'une chambre semi-privée, et ce jusqu'au tarif le plus élevé**, sous réserve de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un adhérent engage au Québec, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse. La durée maximale d'hospitalisation est de 90 jours par année civile, par assuré.

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

2.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 75 % ou à 100 %, s'il y a lieu)

Franchise

Une **franchise annuelle** est applicable par certificat. Les premiers 50 \$ dans le cas d'un statut de protection individuel, 65 \$ dans le cas d'un statut de protection monoparental et 100 \$ dans le cas d'un statut de protection familial (y compris couple) des frais admissibles de chaque année civile sont à la charge de l'adhérent. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par l'adhérent, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne ayant une déficience fonctionnelle, le cas échéant.

Coassurance

Sous réserve de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, des frais à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une complication grave d'une grossesse, ces frais (excluant les frais hospitaliers) sont remboursés à 75 % jusqu'à ce que le déboursé maximal annuel soit atteint, puis à 100 % par la suite, par année civile, par certificat. Le montant du déboursé maximal annuel est revu le 1^{er} janvier de chaque année et correspond au montant de la contribution annuelle maximale établi par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) le 1^{er} juillet de l'année précédente.

Substitution générique obligatoire

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

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

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

Frais admissibles

Les frais admissibles mentionnés aux paragraphes 2.2.3 et 2.2.4 doivent être prescrits par un médecin.

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

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

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

2.2.1 Les frais pour des services pharmaceutiques admissibles et pour des médicaments prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.

Les médicaments visés par la présente clause sont limités à ceux prévus sous le Régime général d'assurance médicaments et selon les conditions qui y sont déterminées.

Les produits antitabac couverts sous le Régime général d'assurance médicaments sont également couverts par ce régime et sont assujettis à un maximum de remboursement égal au montant fixé et mis à jour annuellement à cet égard par la RAMQ.

La contribution du patient exigée pour un assuré couvert sous le Régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ n'est pas couverte par la présente clause.

Système de remboursement direct des frais de médicaments

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

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

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 5. Comment faire une demande de prestations.*

Médicaments d'exception

Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ, requièrent une **autorisation préalable de Beneva** et ne sont couverts que s'ils répondent aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments. Dans un tel cas, le médecin traitant de l'assuré transmet à Beneva les formulaires prévus à cet effet. Les frais facturés par un médecin pour remplir un formulaire de médicament d'exception ne sont pas couverts.

Médicaments hors Québec

Les frais de médicaments engagés à l'extérieur du Québec, pour des médicaments autrement payables par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu du Régime général d'assurance médicaments s'ils avaient été achetés au Québec, sont couverts par la présente clause jusqu'à concurrence de ce qui aurait été remboursé par Beneva s'ils avaient été engagés au Québec.

- 2.2.2** Les frais admissibles pour la **substance utilisée** dans le cas **d'injections sclérosantes**, limités à un maximum de 20 \$ par séance de traitement (maximum d'un (1) traitement par jour). L'acte médical n'est pas couvert.
- 2.2.3** Les frais déboursés pour des **soins à domicile**, y compris les soins infirmiers, les services d'aide à domicile, les frais de transport et la maison de convalescence. Pour plus de détails, nous référons l'adhérent *au point 3.2.3.*

- 2.2.4** Les **honoraires professionnels d'un infirmier** licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié **aux soins exclusifs du patient** pour une période de 8 heures ou plus chaque jour, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez l'adhérent ou qui fait partie de sa famille ou de celle de son conjoint, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par assuré, par année civile.
- 2.2.5** Les frais de **transport aller et retour en ambulance**, y compris le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances) en cas d'urgence.
La nécessité médicale doit être démontrée lors de la demande de prestations à Beneva lorsque le transport par avion est utilisé.
- 2.2.6** Les frais déboursés pour la substance utilisée pour **des vaccins curatifs ou préventifs**, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile.

2.3 EXCLUSIONS ET LIMITATIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE

Pour la description des exclusions et des limitations à l'assurance accident maladie de base, voir le *point 3.3*.

3. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICH

3.1 FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)

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

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

3.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 80 % ou à 100 %, s'il y a lieu)

Franchise

Une **franchise annuelle** est applicable par certificat. Les premiers 50 \$ dans le cas d'un statut de protection individuel, 65 \$ dans le cas d'un statut de protection monoparental et 100 \$ dans le cas d'un statut de protection familial (y compris couple) des frais admissibles de chaque année civile sont à la charge de l'adhérent. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par l'adhérent, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, le cas échéant.

Coassurance

Sous réserve de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, des frais à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une complication grave d'une grossesse (excluant les frais hospitaliers, les frais d'assurance voyage et les frais d'assurance annulation de voyage), sont remboursés à 80 % jusqu'à ce que le déboursé maximal annuel soit atteint, puis à 100 % par la suite, par année civile, par certificat. Le montant du déboursé maximal annuel est revu le 1^{er} janvier de chaque année et correspond au montant de la contribution annuelle maximale établi par le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) le 1^{er} juillet de l'année précédente.

Substitution générique obligatoire

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

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

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

Frais admissibles

Les frais admissibles mentionnés aux paragraphes 3.2.3 à 3.2.14 inclusivement et aux paragraphes 3.2.23 et 3.2.24 doivent être prescrits par un médecin.

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

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

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

3.2.1 Médicaments

Les frais **pour des services pharmaceutiques admissibles et pour des médicaments** porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé à les prescrire, disponibles exclusivement en pharmacie, et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant.

Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ, requièrent une **autorisation préalable de Beneva** et ne sont couverts que s'ils répondent aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments. Dans un tel cas, le médecin traitant de l'assuré transmet à Beneva les formulaires prévus à cet effet. Les frais facturés par un médecin pour remplir un formulaire de médicament d'exception ne sont pas couverts.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical.

Les produits antitabac couverts sous le Régime général d'assurance médicaments sont également couverts par ce régime et sont assujettis à un maximum de remboursement égal au montant fixé et mis à jour annuellement à cet égard par la RAMQ.

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

Système de remboursement direct des frais de médicaments

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

Par exemple, pour des frais de médicaments admissibles de 40 \$ et remboursables à 80 %, la personne assurée n'aura qu'à déboursier 8 \$ au pharmacien.

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 5. Comment faire une demande de prestations.*

Exclusions aux médicaments :

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

1. produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
2. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
3. produits homéopathiques ou dits naturels;
4. produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le Régime général d'assurance médicaments;
5. 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 pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments 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.

6. écrans solaires;
7. médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
8. vaccins préventifs ou curatifs, sérums et injections, sauf les frais spécifiquement couverts en vertu des régimes d'assurance accident maladie;
9. contribution du patient exigée pour un assuré couvert sous le Régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ;
10. produits ou médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
11. médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale (Viagra et autres médicaments similaires).

3.2.2 Les frais admissibles pour la substance utilisée dans le cas **d'injections sclérosantes** sont limités à un maximum de 20 \$ par séance de traitement (maximum d'un (1) traitement par jour). L'acte médical n'est pas couvert.

3.2.3 Les frais déboursés pour des **soins à domicile**.

Dans la présente clause, on entend par :

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

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

- a) **soins infirmiers** : les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié, lorsque non dispensés par le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS de la région de l'assuré, pour des soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :
- l'enseignement après une intervention chirurgicale;
 - la prise de tension artérielle et des signes vitaux;
 - le changement de pansements et le soin des plaies;

- l'administration de médicaments et la surveillance de santé;
 - l'exérèse de sutures et agrafes;
 - les prélèvements (sanguins et autres).
- b) **frais de transport** : les frais de transport de l'assuré pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine et de frais admissibles de 30 \$ par déplacement (aller et retour).
- c) **maison de convalescence** : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un médecin ou un infirmier licencié, y compris le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 125 \$ par jour.
- d) **services d'aide à domicile** : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile lorsque non dispensés par le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS de la région pour aider l'assuré à accomplir ses activités quotidiennes de base, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. Les services doivent être rendus au domicile de l'assuré et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les services couverts comprennent entre autres :
- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
 - ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
 - entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
 - préparation des repas;
 - accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Limitation reliée aux soins à domicile

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

Recommandations

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

3.2.4 Selon le mode le plus économique et pour combler un besoin temporaire seulement, les frais d'achat ou de location d'un **fauteuil roulant** non motorisé ou d'un **lit d'hôpital**.

3.2.5 Les frais d'achat ou de remplacement de **membres artificiels ou de prothèses externes** à l'exclusion des prothèses dentaires, lunettes et lentilles cornéennes.

Sont notamment couverts :

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

- les frais d'achat de **soutiens-gorge postopératoires** par suite de mastectomie ou de réduction mammaire. Le remboursement maximal est de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie, par assuré.

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

Le remboursement des orthèses plantaires est soumis à un maximum d'une (1) paire par année civile, par personne assurée. Ces orthèses doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé en orthèse du pied détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en vertu de la Loi sur la santé publique et les frais couverts sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec. Les chaussures orthopédiques sont exclues de la présente clause.

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

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

- les appareils d'aérosolthérapie, pour le traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébuliseur);
- les stimulateurs de consolidation de fractures;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique, CPAP);
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);

- l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale, étant précisé que la perte comprend la perte d'usage.

L'achat, la location, l'ajustement, le remplacement ou la réparation d'un **neurostimulateur percutané ou transcutané** (PENS/TENS) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par assuré, par période de 60 mois consécutifs.

Exclusions aux appareils thérapeutiques

Les appareils de contrôle tels que stéthoscope, réflectomètre ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques.

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

3.2.8 Les frais couverts pour une (1) **pompe à insuline** sont l'achat de la pompe et sa réparation jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par assuré, par période de 60 mois consécutifs et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par assuré, par année civile.

3.2.9 Les frais déboursés pour l'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont **obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé** détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Sont également admissibles, les frais pour les corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées.

Les chaussures profondes, ainsi que tous types de sandales, ne sont pas admissibles.

- 3.2.10** Les frais déboursés pour des **électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire** dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada.
- 3.2.11** Les frais déboursés pour la location ou l'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire** par période de 60 mois consécutifs par assuré. Les frais d'achat d'une station de remplissage de bonbonnes d'oxygène peuvent être considérés comme admissibles à un remboursement si l'adhérent démontre que les frais d'achat sont plus économiques pour le régime que le coût de remplissage des bonbonnes d'oxygène.
- 3.2.12** Les frais d'achat de **bas de contention à compression moyenne ou forte** (21 mm de Hg ou plus), fournis et vendus dans une pharmacie ou un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique. Maximum de trois (3) paires par assuré, par année civile.
- 3.2.13** Les **honoraires professionnels d'un infirmier licencié** ou d'un **infirmier auxiliaire licencié aux soins exclusifs du patient** pour une période de 8 heures ou plus chaque jour, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez l'adhérent ou qui fait partie de sa famille ou de celle de son conjoint, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par assuré, par année civile.
- 3.2.14** Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance.

- 3.2.15** Les frais déboursés pour la location, l'achat ou la réparation d'**appareils auditifs**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$, par période de 48 mois complets consécutifs pour chaque assuré.
- 3.2.16** Les honoraires d'un **diététiste**, à raison d'un montant maximal admissible de 25 \$ par consultation (30 \$ pour la première consultation), jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par assuré, par année civile. Les frais admissibles ne comprennent pas les frais engagés pour des remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ce professionnel et sont, par conséquent, exclus des prestations payables.
- 3.2.17** Les honoraires professionnels d'un **chiropraticien**, d'un **physiothérapeute**, d'un **thérapeute en réadaptation physique** ou d'un **thérapeute du sport agréé**, d'un **ostéopathe**, d'un **acupuncteur**, d'un **kinésologue**, d'un **kinésithérapeute** (y compris les traitements de massothérapie donnés par celui-ci), d'un **orthothérapeute** (y compris les traitements de massothérapie donnés par celui-ci) ou d'un **massothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 35 \$ par traitement ou consultation et de 50 \$ par année civile pour les radiographies requises par un chiropraticien, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 750 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels.
- Les frais admissibles ne comprennent pas les frais engagés pour des remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels, qui sont par conséquent exclus des prestations payables.
- Les frais de massothérapeute sont couverts avec prescription médicale seulement.
- 3.2.18** Les honoraires professionnels d'un **chirurgien-dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles**, à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pourvu que le traitement soit rendu dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident.
- Les frais admissibles sont limités aux tarifs prévus au guide (édition courante) des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.
- Toutefois, aucune prestation n'est payable pour tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit reliés à un implant dentaire.

3.2.19 Les honoraires professionnels d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute**, d'un **travailleur social** ou d'un **thérapeute conjugal et familial remboursables à 50 %**, sous réserve d'un remboursement global de 750 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes.

3.2.20 Les honoraires professionnels d'un **orthophoniste**, d'un **ergothérapeute**, d'un **podiatre**, d'un **podologue**, d'un **audiologiste** ou d'un **audioprothésiste**, jusqu'à concurrence de 30 \$ par consultation ou traitement et de 50 \$ par année civile pour les radiographies requises par un podiatre, jusqu'à concurrence d'un remboursement total de 500 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes.

Dans le cas du podologue, les frais couverts sont les frais de consultation ou de traitement en soins des pieds par un podologue, un pédicure ou un infirmier.

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

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

3.2.22 Les frais déboursés pour la substance utilisée pour **des vaccins** curatifs et préventifs, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile.

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

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

Les frais admissibles sont :

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

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

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

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

Remarque

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme administré par l'établissement responsable du traitement de l'assuré. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, l'assuré est prié de communiquer avec le centre hospitalier, le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS. Ces organismes sont premiers payeurs et seuls les frais non remboursés par ces organismes sont admissibles.

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

Les frais déboursés en dehors du Québec, autrement que dans une situation d'urgence, sont remboursés jusqu'à concurrence de ce qui aurait été remboursé par Beneva s'ils avaient été déboursés au Québec.

3.3 EXCLUSIONS APPLICABLES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE ET ENRICHI

3.3.1 Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les frais déboursés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lesquels l'assuré a droit à une compensation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- du fait d'une automutilation volontaire, sans égard à l'état d'esprit de l'assuré;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus par le régime d'assurance de l'adhérent;
- à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que l'assuré est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par une personne résidant à la même adresse que l'adhérent;
- pour des services médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il est admissible ou pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou

en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;

- pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.)
- pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- pour l'appréciation de la vision ou pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;
- pour les services, fournitures, examens, soins ou frais qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- pour tous soins ou procédés se rapportant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf pour les médicaments couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
- pour des produits ou services se rapportant au traitement de l'obésité et qui ne sont pas couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments.

Note : Beneva n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est présentée plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été déboursés.

3.3.2 Coordination reliée aux frais médicaux et paramédicaux

Si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un autre contrat individuel ou collectif, public ou privé, les prestations payables en vertu des présents régimes sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat, de façon à ne pas excéder les frais engagés.

3.4 ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

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

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une **maladie subite et inattendue** survenus alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et qu'il nécessite des **soins d'urgence**. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer 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 puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence. En d'autres termes, la maladie ou l'affection connue avant le départ doit être sous contrôle et ne doit pas :

- s'être aggravée;
- avoir été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- être instable;
- être en phase terminale d'évolution;
- être chronique et présenter des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage.

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

L'assurance voyage protège l'assuré tant et aussi longtemps qu'il est protégé en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence (la RAMQ, par exemple). **Pour tout séjour d'une durée excédant la durée couverte par ces régimes d'assurance provinciaux, ces journées excédentaires ne sont pas couvertes par la présente assurance.** L'assuré doit se référer au régime public de sa province de résidence pour connaître les modalités applicables. Si vous planifiez voyager plus de 180 jours par année, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

Dans la présente garantie, on entend par :

- **Accident**
Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;
- **Compagnon de voyage**
La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré;
- **Membre de la famille**
Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru;
- **Voyage**
Tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de l'assuré. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de l'assuré entre son départ et son retour.

3.4.1 Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais d'**hospitalisation** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels d'un **médecin** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;

- les frais de transport en **ambulance** à l'hôpital le plus proche du lieu de l'événement, par un ambulancier licencié;
- les frais de **médicaments** qui exigent une prescription médicale;
- les honoraires d'un **infirmier licencié** pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage;
- les frais de traitements de **chiropraticien, podiatre et physiothérapeute**;
- les frais de location de **chaise roulante, lit d'hôpital et appareil d'assistance respiratoire**;
- les frais d'**analyses de laboratoire et radiographies**;
- les frais d'achat de **bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques**;
- les honoraires de **chirurgien-dentiste** pour lésions accidentelles aux dents naturelles sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident, dans les 12 mois suivant l'accident, nonobstant les exclusions prévues à l'assurance voyage;
- les frais de **rapatriement** de l'assuré hospitalisé dans sa province de résidence. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva*;
- le coût du **transport aérien** aller et retour d'une **escorte médicale** en classe économique; l'autorisation préalable de Beneva* est requise;
- le **coût du retour**, par une agence commerciale, du **véhicule personnel de l'assuré** ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche, si une maladie ou un accident rend l'assuré incapable de s'en occuper ou s'il décède, sous réserve d'un remboursement

maximum de 2 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant mentionnant l'incapacité de l'assuré à utiliser son véhicule;

- en cas du décès de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence, les **frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille**, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre dans sa province de résidence jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$; l'autorisation préalable de Beneva* est requise;
- les **frais d'hébergement et de repas**, dans un établissement commercial, que l'assuré doit engager parce qu'il a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de l'assuré lui-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour et d'un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie;
- les **frais d'hébergement et de repas** dans un établissement commercial ainsi que les **frais de transport**, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, soit le conjoint, le fils ou la fille, le père ou la mère, le frère ou la soeur, se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille; ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* et l'assuré doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui atteste de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :

- pour le transport : 2 500 \$
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour, pour un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes protégées.

La notion de proche parent inclut aussi un ami ou une amie advenant le fait où l'assuré n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé dans la définition précédente.

- les services d'assistance voyage ci-après.
- * L'expression **autorisation préalable de Beneva** utilisée dans ce texte signifie Beneva ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de Beneva (voir point 3.5 ci-après).

Note : Voir le *point 3.7* pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.5 ASSISTANCE VOYAGE

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

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

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

CanAssistance peut servir d'intermédiaire entre Beneva et l'assuré lorsque ce dernier est tenu, en vertu de la garantie d'assurance voyage, d'obtenir une « **autorisation préalable de Beneva** » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

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

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- apporter une aide d'urgence et coordonner des demandes de règlements;
- prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient, identifier le corps de l'assuré ou coordonner son rapatriement;
- prendre des dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper ou s'il décède;
- communiquer avec la famille de l'assuré;
- offrir les services d'interprète aux appels d'urgence;
- recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Si l'assuré voyage ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est suggéré de communiquer avec CanAssistance avant son départ. Des conseils utiles pour sa santé peuvent lui être fournis.

Nous reproduisons ci-après les numéros de téléphone où le représentant de CanAssistance peut être joint.

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

L'assuré doit fournir son numéro de contrat apparaissant sur la carte d'assurance au moment de l'appel.

La carte d'assurance émise à l'adhérent par l'assureur fournit également les numéros de téléphone précédents. Ces numéros apparaissent au verso de cette carte.

Note : Voir le *point 3.7* pour les limitations relatives à cette garantie.

3.6 ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

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

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage pour autant que ces frais aient trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré et que ce dernier, au moment les engager, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Dans la présente garantie, on entend par :

- **Accident**

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

- **Activité à caractère commercial**

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où est prévue se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté;

- Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins;

- Compagnon de voyage

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré;

- Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

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

- Hôte à destination

La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination;

- Membre de la famille

Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru;

- Voyage

Déplacement occasionnel d'un assuré partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un autre lieu. Pour être reconnu comme voyage aux fins

de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuitées consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

3.6.1 Causes admissibles d'annulation :

- a) une **maladie** ou un **accident** que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires ou un membre de la famille de l'assuré ou de son compagnon de voyage (*voir les définitions ci-dessus*) qui empêche l'assuré de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) le **décès** de l'adhérent, de son conjoint, d'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) le **décès** d'un membre de la famille de l'assuré (autre que l'adhérent, le conjoint de l'adhérent ou un enfant de l'adhérent ou de son conjoint) ou de celle du compagnon de voyage de l'assuré pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour;
- d) le **décès** ou de l'**hospitalisation** d'urgence de l'hôte à destination;
- e) la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage **à agir comme membre d'un jury**, ou de l'**assignation à comparaître** comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;

- f) la **mise en quarantaine** de l'assuré, pour autant que cette dernière se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage;
- g) le **détournement de l'avion** à bord duquel l'assuré voyage;
- h) un **sinistre** qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) le **transfert** de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) **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 l'assuré doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que l'assuré 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 l'assuré se trouve déjà; ou

- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré s'y trouve déjà.

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

- k) le **retard du moyen de transport** utilisé par l'assuré 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, pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par les conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;
- l) des **conditions atmosphériques** qui sont telles :
 - i) que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures); ou
 - ii) que l'assuré ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures);
- m) un **sinistre** survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;

- n) le **décès, une maladie ou un accident** d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;
- o) le **suicide** ou la **tentative de suicide** d'un membre de la famille de l'assuré ou de la famille de son compagnon de voyage;
- p) le **décès** d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- q) le **décès** ou l'**hospitalisation** de la personne avec laquelle les arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial ont été préalablement pris. **Dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.**

3.6.2 Les frais couverts en vertu de cette garantie sont payables à 100 % jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par assuré pour le voyage projeté, soit :

- a) En cas d'annulation avant le départ
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
 - les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées *au point 3.6.1* et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation (occupation simple) applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler;
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et **qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.**
- b) 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 l'assuré ou l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime l'assuré ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

c) Si le retour est anticipé ou retardé

- le coût supplémentaire d'un **billet simple**, en classe économique, par la route la plus directe, **pour le voyage de retour** jusqu'au point de départ, **par le moyen de transport prévu initialement**.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne pourrait être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le mode de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ. **Ces frais doivent être, au préalable, convenus avec Beneva (voir point 3.5);**

Par contre, lorsque le retour de l'assuré est retardé de plus de sept (7) jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de sept (7) jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par l'assuré sont couverts pourvu que ce dernier, avant la date du début du voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu;

- la portion non utilisée et non remboursable de la **partie terrestre** des frais de voyage payés d'avance.

Restriction

Les frais payables par toute personne autre que l'assuré ne sont pas couverts.

d) Transport aller-retour

L'assurance annulation couvre les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'autorisation préalable de Beneva (*voir point 3.5*), pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il serait rendu dans son voyage pour autant que la raison du retour découle :

- du décès ou de l'hospitalisation d'un membre de la famille de l'assuré, d'une personne dont l'assuré est le tuteur ou le liquidateur testamentaire;
- d'un sinistre rendant la résidence principale de l'assuré inhabitable ou causant des dommages importants à son établissement commercial.

Note : Voir le *point 3.7* pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.7 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION

3.7.1 Exclusions en assurance voyage

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou

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

- d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- f) les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) les frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si l'assuré se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, il doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si l'assuré ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par l'assuré ne seront admissibles après ce délai.

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

- h) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;

- i) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
- j) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conditions qui s'ensuivent;
- k) une participation à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- l) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
- m) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

3.7.2 Exclusions en assurance annulation voyage

1. La présente garantie ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
 - a) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
 - b) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;

- c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conséquences qui s'ensuivent;
- d) une participation par l'assuré à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- e) la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
- f) un voyage entrepris 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 effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et dont la condition médicale ou le décès subséquent occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

2. Aucuns frais ne sont payables si l'assuré 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 l'assuré doit se rendre;
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré 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 l'assuré.
3. Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si l'assuré 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 l'assuré doit se rendre;
 - d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré 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 l'assuré.

4. Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si l'assuré 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 l'assuré 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 l'assuré.

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

- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré s'y trouve déjà et qu'il ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

6. Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de l'assuré, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage à un endroit où l'assuré 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 l'assuré s'y trouve déjà et qu'il ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

3.7.3 Limitations en assurance voyage

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

3.7.4 Limitations en assistance voyage

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

3.7.5 Limitation en assurance annulation voyage

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

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

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

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

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

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

En cas de non-respect des délais mentionnés ci-dessus, la responsabilité de Beneva est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où l'assuré aurait dû communiquer avec la compagnie d'assistance voyage. La présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de Beneva que l'adhérent et son conjoint sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir; le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le

faire et la responsabilité de Beneva est alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

3.7.6 Coordination

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

4. LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE

4.1 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Ce régime est facultatif. Il prévoit le paiement d'une somme égale au montant d'assurance vie détenu par l'adhérent au moment du décès.

Les montants d'assurance vie suivants sont disponibles :

- 150 %*, 125 %*, 100 %*, 75 %*, 50 % ou 25 % du traitement que l'adhérent recevait immédiatement avant la retraite. Le montant de protection choisi ne peut excéder la somme des montants que l'adhérent détenait dans le régime de base et le régime additionnel d'assurance vie au moment de la prise de sa retraite. Ce montant est toujours arrondi au 1 000 \$ supérieur; ou
- 10 000 \$, 5 000 \$ ou 2 000 \$.

* **Montant maximum :** À compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 75^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 75 % de son traitement et à compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 80^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 50 % de son traitement.

Note : Si l'adhérent détenait, avant la retraite, un montant d'assurance vie supérieur à ceux qui sont offerts dans le présent régime, voir le droit de transformation décrit dans la brochure des cadres à l'emploi dans la section *Renseignements généraux* au point *Prolongation et droit de transformation*.

4.2 ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

Le retraité qui devient admissible au présent régime collectif d'assurance vie a accès à une protection d'assurance vie à l'intention de son conjoint et de leurs enfants à charge.

Pour avoir accès à cette protection, l'adhérent retraité doit participer à la garantie d'assurance vie de l'adhérent retraité pour un montant de protection égal ou supérieur à 10 000 \$.

Cette protection est la suivante :

- le conjoint : 10 000 \$;
- les enfants à charge (âgés de 24 heures ou plus) : 5 000 \$.

La prime est fixe, quel que soit le nombre d'enfants à charge.

La prime d'assurance vie pour un enfant à charge d'un conjoint survivant, lorsqu'il désire maintenir cette garantie, est majorée de 1,00 \$ par mois. Le conjoint survivant doit faire la demande de maintien à Beneva pour l'assurance vie de l'enfant à charge.

4.3 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

Lors de son adhésion au régime d'assurance vie des retraités, le retraité qui décide de participer à l'intérieur du délai de 90 jours (*point 1.2.1 a*) à la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge se voit attribuer automatiquement une protection de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle sur la vie de son conjoint. Le retraité peut également majorer la protection d'assurance vie de son conjoint, si celui-ci est déjà assuré en vertu de la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint dans le régime du personnel d'encadrement.

La garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint est offerte par tranche de 10 000 \$, (le minimum étant une (1) tranche et le maximum cinq (5) tranches), et doit être égale ou inférieure à la protection détenue dans le régime du personnel d'encadrement.

Le retraité qui adhère à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge et qui ne désire pas adhérer à cette garantie d'assurance vie additionnelle doit faire parvenir à Beneva un avis écrit à cet effet.

5. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

5.1 FRAIS HOSPITALIERS

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

5.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS

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

5.2.1 Par le biais de la carte d'assurance

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

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

a) Médicament admissible

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

b) Médicament non admissible

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

Indication	Signification
« médicament non couvert »	Demande de remboursement refusée étant donné que le médicament est non couvert par la garantie de médicaments.

« durée de traitement maximum 90 jours »	La quantité de médicaments achetés ne peut excéder une période de traitement de 90 jours. Toutefois, si pour des raisons particulières votre prescription excède une période de traitement de 90 jours, nous vous invitons à soumettre votre demande de remboursement, accompagnée d'une note explicative, directement à Beneva.
« soumettre à l'Assureur »	Le médicament utilisé ne peut être traité par la carte d'assurance, mais peut être admissible à un remboursement. Exemple : si la prescription doit être préparée par le pharmacien (prescription magistrale).
« médicament d'exception »	Si le médicament doit être autorisé par Beneva (<i>voir points 2.2.1 et 3.2.1</i>)

c) Première utilisation

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

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

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

5.2.2 Par la poste

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

Il est également possible d'imprimer ce formulaire personnalisé à partir du site **Espace client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez le point 5.7 de la présente brochure.

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

Les factures de pharmaciens doivent mentionner le nom de l'adhérent, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament et doivent être dûment acquittés.

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

Note : Si vous avez 65 ans ou plus et que vous êtes inscrit à la RAMQ, vous n'avez pas à soumettre vos demandes de prestations à Beneva.

Cependant, si vous êtes protégé par le régime enrichi, lorsque vous achèterez vos médicaments, vous devrez obligatoirement réclamer à la RAMQ avant de faire la demande de prestations à Beneva.

5.3 AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

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

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

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

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

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations. Vous retrouvez ce formulaire avec votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez *le point 5.7* de la présente brochure. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à Beneva à l'adresse suivante :

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

Dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie

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

Vous pouvez adhérer au dépôt direct en vous inscrivant sur le site **Espace client**. Au moment de faire votre demande, ayez en main votre numéro de contrat Beneva de même qu'un chèque personnel indiquant votre numéro de compte. Pour savoir comment vous inscrire et pour plus de détails sur nos services Internet, consultez *le point 5.7* de la présente brochure.

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

5.4 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (RÉGIME ENRICHI)

5.4.1 Assurance voyage

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

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

5.4.2 Assurance annulation voyage

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

- a) titres de transport payés et inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;

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

5.5 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

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

5.6 AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

Ces tiers peuvent inclure :

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

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

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

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

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

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

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

Documentation d'assurance

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

5.7 SERVICES INTERNET BENEVA

5.7.1 Espace client

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

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

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

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

5.7.2 Application Beneva

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

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

* Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

CONSEILS D'AMI

- Il est important de compléter votre demande d'adhésion et de la transmettre à Beneva **dans les 90 jours** qui suivent votre admissibilité au régime, et ce, **même si vous désirez vous exempter du régime d'assurance accident maladie**.
- Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez Beneva.
- Vous pouvez en tout temps vérifier l'admissibilité de vos frais à l'aide de l'outil de simulation disponible sur le site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client** ou à même l'application mobile.
- Pour les fins d'impôts, conservez le relevé de prestations qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourraient servir à augmenter vos crédits d'impôts. Si vous êtes inscrit à l'**Espace client** de Beneva, vous pouvez faire la demande en ligne d'un reçu d'impôt faisant état des prestations présentées et des montants payés en vertu du contrat. Ce reçu pourra être joint à votre déclaration de revenus.
- N'oubliez pas de soumettre vos réclamations dans les délais prévus à la *section 5*.
- Vous avez perdu votre formulaire de réclamation? Indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**.
- Utilisez en tout temps votre carte d'assurance en pharmacie et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance à l'un des numéros indiqués au verso de votre carte d'assurance.

- Lors de votre passage du régime des actifs au régime des retraités, l'ensemble des informations contenues à votre dossier à ce moment est transféré à votre nouveau dossier au régime des retraités. Les documents déjà fournis à Beneva tels que la déclaration de fréquentation scolaire pour vos enfants à charge ou le formulaire de médicaments d'exception, si applicable, n'auront pas à être retournés de nouveau.
- Tous les documents à jour (brochure, carte d'assurance, etc.) sont disponibles sur le site **Espace client** au **beneva.ca/fr/espace-client**.

TARIFICATION MENSUELLE

DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2025 – CONTRAT Y9999-R
(Groupes 19520 à 19525, 19541 à 19546)

RÉGIMES	TAUX DE PRIMES MENSUELS								
	STATUT INDIVIDUEL			STATUT MONOPARENTAL			STATUT FAMILIAL		
	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes ⁽¹⁾	Primes Totales	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes ⁽¹⁾	Primes Totales	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes ⁽¹⁾	Primes Totales
Assurance maladie - Régime de BASE (groupes 19522, 19523, 19524, 19542, 19543 et 19544)									
Moins de 65 ans	145,86 \$	4,51 \$	150,37 \$	188,07 \$	5,82 \$	193,89 \$	287,14 \$	8,88 \$	296,02 \$
65 ans ou plus	3,85 \$	0,12 \$	3,97 \$	4,90 \$	0,15 \$	5,05 \$	7,32 \$	0,23 \$	7,55 \$
Surprime pour les 65 ans ou plus ⁽²⁾	338,92 \$	- \$	338,92 \$	338,92 \$	- \$	338,92 \$	677,86 \$	- \$	677,86 \$
Assurance maladie - Régime ENRICHI (groupes 19520, 19521, 19525, 19541, 19545 et 19546)									
Moins de 65 ans	264,40 \$	8,18 \$	272,58 \$	342,71 \$	10,60 \$	353,31 \$	530,27 \$	16,40 \$	546,67 \$
65 ans ou plus	59,93 \$	1,85 \$	61,78 \$	77,94 \$	2,41 \$	80,35 \$	116,35 \$	3,60 \$	119,95 \$
Surprime pour les 65 ans ou plus ⁽²⁾	338,92 \$	- \$	338,92 \$	338,92 \$	- \$	338,92 \$	677,86 \$	- \$	677,86 \$

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽¹⁾ Veuillez noter qu'un **congé de primes** de 3 % est accordé en assurance accident-maladie (excluant la surprime).

⁽²⁾ Prime additionnelle payée par l'adhérent de 65 ans ou plus, à compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec son 65^e anniversaire de naissance ou qui le suit, s'il demande d'être assuré en vertu de la garantie Médicaments du régime collectif plutôt que par le régime de la RAMQ.

Note générale : Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge de l'adhérent prend effet le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le changement de groupe d'âge ou qui le suit.

TARIFICATION MENSUELLE DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2025 – CONTRAT Y9999-R
(Groupes 19520 à 19525, 19541 à 19546)

RÉGIMES		TAUX DE PRIMES MENSUELS PAR 1 000 \$ DE PROTECTION					
		HOMME			FEMME		
Assurance vie de base de l'adhérent et additionnelle du conjoint ⁽³⁾		Primes payées par l'adhérent	Congé de primes	Primes Totales	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes	Primes Totales
Moins de 50 ans		0,12 \$	- \$	0,12 \$	0,07 \$	- \$	0,07 \$
50 à 54 ans		0,22 \$	- \$	0,22 \$	0,12 \$	- \$	0,12 \$
55 à 59 ans		0,36 \$	- \$	0,36 \$	0,23 \$	- \$	0,23 \$
60 à 64 ans		0,60 \$	- \$	0,60 \$	0,36 \$	- \$	0,36 \$
65 à 69 ans		0,91 \$	- \$	0,91 \$	0,56 \$	- \$	0,56 \$
70 à 74 ans		1,42 \$	- \$	1,42 \$	0,96 \$	- \$	0,96 \$
75 à 79 ans		2,25 \$	- \$	2,25 \$	1,61 \$	- \$	1,61 \$
80 à 84 ans		3,62 \$	- \$	3,62 \$	2,76 \$	- \$	2,76 \$
85 ans ou plus		5,50 \$	- \$	5,50 \$	4,68 \$	- \$	4,68 \$
Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	Primes payées par l'adhérent :	Congé de primes :			Primes totales :		
	11,04 \$	- \$			11,04 \$		

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽³⁾ La prime d'assurance vie additionnelle du conjoint est basée sur le sexe et l'âge du conjoint.

Note générale : Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge de l'adhérent prend effet le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le changement de groupe d'âge ou qui le suit.

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

1 888 235-0606

beneva