

Contrat Y9999-R

En vigueur le 1^{er} janvier 2026

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

Régime d'assurance collective



beneva

Comité consultatif des retraités

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

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit et à contacter le Service à la clientèle de Beneva aux coordonnées indiquées sur la couverture extérieure pour toute question relative à vos assurances.

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

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

Composition du CCR

Représentants du gouvernement

Coprésident du Comité paritaire intersectoriel (CPI)

Actuaire

Secrétaire du comité

Représentants des associations de cadres

Un représentant de chacun des regroupements de cadres (CERA et RACAR) dont un assure la coprésidence du CPI

Représentants des retraités

Éducation : 2 représentants

Fonction publique : 2 représentants

Santé et Services sociaux : 4 représentants

Pour joindre le CCR

1 888 777-5546 (boîte vocale) • info@ccr-quebec.com

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

This booklet is available in English.

TABLE DES MATIÈRES

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

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?	6
1.4	EST-IL POSSIBLE DE CHANGER DE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE EN COURS D'ASSURANCE?	7
1.5	PERSONNES ASSURÉES	7
1.6	BÉNÉFICIAIRE.....	9
1.7	QUELS SONT LES STATUTS DE PROTECTION DISPONIBLES?	9
1.8	EXEMPTION ET TERMINAISON D'EXEMPTION	10
1.9	CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION EN COURS D'ASSURANCE	11
1.10	FRAIS ADMISSIBLES	12
1.11	ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE CONJOINTE SURVIVANTE AUX RÉGIMES DÉTENUS PAR LA PERSONNE ADHÉRENTE.....	14

2. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE	16
---	----

2.1	FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)	16
2.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 70 % ou à 100 %, s'il y a lieu)	16
2.3	EXCLUSIONS ET COORDINATION APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE	19

3. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE INTERMÉDIAIRE.....	20
--	----

3.1	FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)	20
3.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 75 % ou à 100 %, s'il y a lieu)	20
3.3	EXCLUSIONS ET COORDINATION APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE INTERMÉDIAIRE	23

4.	LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI.....	24
4.1	FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)	24
4.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 80 % ou à 100 %, s'il y a lieu)	24
4.3	EXCLUSIONS ET COORDINATION APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI.....	34
5.	EXCLUSIONS AU RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ET COORDINATION	35
6.	DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (régime intermédiaire et régime enrichi)	37
6.1	DÉFINITIONS.....	37
6.2	ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %).....	39
6.3	SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE.....	43
6.4	ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (frais remboursés à 100 %).....	44
6.5	EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION	49
7.	LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE	56
7.1	ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	56
7.2	ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE.....	56
7.3	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE	57
8.	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	58
8.1	FRAIS HOSPITALIERS	58
8.2	FRAIS DE MÉDICAMENTS	58
8.3	AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	60
8.4	ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (régime intermédiaire et régime enrichi).....	61
8.5	ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DE SA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE.....	62
8.6	AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	62
8.7	SERVICES INTERNET BENEVA	64

SOMMAIRE DES GARANTIES

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

Franchise annuelle par statut de protection :

Individuel : 50 \$ Monoparental : 65 \$ Familial : 100 \$

Pourcentage de remboursement (sauf indication contraire) :

Régime de base : 70 % Régime intermédiaire : 75 % Régime enrichi : 80 %

Coûts usuels et raisonnables :

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

GARANTIE	RÉGIME DE BASE		RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME ENRICHI
Frais hospitaliers au Québec	100 %, aucune franchise Chambre semi-privée jusqu'à un maximum de 90 jours / année civile / personne assurée			100 %, aucune franchise Chambre semi-privée sans limite de jours
Médicaments et services pharmaceutiques admissibles* (substitution générique obligatoire)	70 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM et 100 % de l'excédent par certificat Médicaments de la liste RAMQ		75 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM et 100 % de l'excédent par certificat Médicaments de la liste RAMQ	80 % jusqu'à l'atteinte du déboursé maximum annuel du RGAM et 100 % de l'excédent par certificat Médicaments disponibles uniquement sur prescription
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 / personne assurée Frais admissibles de 30 \$ / maximum de 3 déplacements / semaine / personne assurée Frais admissibles de 175 \$ / jour / personne assurée Frais admissibles de 60 \$ / jour / personne assurée			
Infirmier*	Frais admissibles de 300 \$ / jour / personne assurée Remboursement maximum de 10 000 \$ / année civile / personne assurée			
Injections sclérosantes (substance)	Frais admissibles de 80 \$ / traitement / jour / personne assurée			

* Prescription médicale requise

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (suite)

GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME ENRICHI
Ambulance	Coûts usuels et raisonnables		
Vaccins (curatifs ou préventifs)	Frais admissibles de 400 \$ / année civile / personne assurée		
Assurance voyage avec assistance	Non couvert	100 %, aucune franchise 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée Séjour limité à 35 jours / voyage	100 %, aucune franchise 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée Pour tout séjour de plus de 182 jours, veuillez communiquer à l'avance avec Beneva afin de connaître les conditions qui s'appliquent
Assurance annulation voyage	Non couvert	100 %, aucune franchise Remboursement maximum de 10 000 \$ / voyage / personne assurée Avec justification reconnue par Beneva	
Fauteuil roulant - lit d'hôpital*	Non couvert		Usage temporaire seulement
Membres artificiels et prothèses externes*	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables
Prothèse capillaire* (à la suite d'une chimiothérapie)	Non couvert		Remboursement maximum d'une (1) prothèse et de 1 000 \$ / 48 mois / personne assurée
Lentilles intraoculaires*	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables
Prothèse mammaire* (à la suite d'une mastectomie)	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables

* Prescription médicale requise

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (suite)

GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME ENRICHİ
Soutien-gorge postopératoire* (à la suite d'une mastectomie ou d'une réduction mammaire)	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables Remboursement maximum de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie / personne assurée
Bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques*	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables Orthèses plantaires : maximum d'une (1) paire / année civile / personne assurée
Appareils thérapeutiques, y compris le neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)*	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée
Pompe à insuline*	Non couvert		Achat et réparation de pompe : Remboursement maximum de 7 500 \$ / 60 mois consécutifs / personne assurée Articles nécessaires à l'utilisation de la pompe : Remboursement maximum de 4 000 \$ / année civile / personne assurée
Chaussures orthopédiques* (laboratoire spécialisé)	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables
Électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire*	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables

* Prescription médicale requise

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (suite)

GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME ENRICHİ
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène*	Non couvert		Coûts usuels et raisonnables Remboursement maximum d'un (1) appareil / 60 mois consécutifs / personne assurée
Appareils auditifs	Non couvert		Frais admissibles de 2 000 \$ / 48 mois consécutifs / personne assurée
Chirurgie esthétique*	Non couvert		À la suite d'un accident
Bas de contention*	Non couvert		De 21 mm de Hg ou plus Remboursement maximum de trois (3) paires / année civile / personne assurée
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Non couvert		Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident
Transport et hébergement au Québec*	Non couvert		Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / personne assurée
Cure de désintoxication*	Non couvert		Dans un établissement reconnu Frais admissibles de 50 \$ / jour et de 30 jours / année civile / personne assurée

* Prescription médicale requise

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (suite)

Professionnels de la santé	RÉGIME DE BASE	RÉGIME INTERMÉDIAIRE	RÉGIME ENRICHİ
Diététiste	Non couvert	50 % des frais admissibles, sans limite par traitement (les coûts usuels et raisonnables s'appliquent) Remboursement maximum regroupé de 500 \$ / année civile / personne assurée	50 % des frais admissibles, sans limite par traitement (les coûts usuels et raisonnables s'appliquent) Remboursement maximum regroupé de 1 500 \$ / année civile / personne assurée
Acupuncteur			
Ostéopathe			
Kinésologue			
Kinésithérapeute			
Orthothérapeute			
Massothérapeute			
Chiropraticien*			
Physiothérapeute			
Thérapeute en réadaptation physique			
Thérapeute du sport agréé			
Audiologiste	Non couvert	50 % des frais admissibles, sans limite par traitement (les coûts usuels et raisonnables s'appliquent) Remboursement maximum regroupé de 500 \$ / année civile / personne assurée	50 % des frais admissibles, sans limite par traitement (les coûts usuels et raisonnables s'appliquent) Remboursement maximum regroupé de 1 500 \$ / année civile / personne assurée
Audioprothésiste			
Ergothérapeute			
Orthophoniste			
Podiatre*			
Podologue			
Psychiatre			
Psychanalyste			
Psychologue			
Psychothérapeute			
Travailleur social			
Thérapeute conjugal et familial			

* Incluant les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien ou un podiatre

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

GARANTIE	CAPITAL ASSURÉ
Assurance vie de la personne adhérente retraitée :	- 150 %, 125 %, 100 %, 75 %, 50 % ou 25 % du traitement de la personne adhérente immédiatement avant la retraite - 10 000 \$, 5 000 \$ ou 2 000 \$
Assurance vie de la personne conjointe :	10 000 \$
Assurance vie des enfants à charge :	5 000 \$ / enfant
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe :	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 (*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 7.1*);
- lors du 65^e anniversaire de la personne adhérente ou de la personne conjointe (*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 6.3*).

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 ADMISSIBILITÉ

1.1.1 Personne adhérente

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, sa personne conjointe, 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, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle **en assumant la surprime requise**;

- maintenir son inscription à la RAMQ pour les médicaments pour elle-même, sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et conserver les autres garanties d'assurance accident maladie dans le présent régime;
- maintenir seulement son inscription à la RAMQ pour les médicaments pour elle-même, sa personne conjointe, 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) Personne conjointe atteignant l'âge de 65 ans avant la personne adhérente

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

Ainsi, le tableau suivant résume les démarches à effectuer par la personne adhérente pour faire connaître le choix de sa personne conjointe lors de son 65^e anniversaire de naissance :

Personne conjointe demeure assurée auprès de Beneva pour les médicaments et les autres garanties d'assurance accident maladie	Personne conjointe s'assure auprès de la <u>RAMQ</u> pour les médicaments et la personne adhérente change son statut de protection pour un statut monoparental ou individuel
• L'inscription de la personne conjointe à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Elle devra donc se désengager de la RAMQ dès son 65^e anniversaire.	• L'inscription de la personne conjointe à la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Aucune démarche particulière à effectuer auprès de la RAMQ.
• La personne adhérente doit informer Beneva par écrit ou par téléphone de la décision de la personne conjointe 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 de la personne conjointe.	• La personne adhérente 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 la personne conjointe. De ce fait, la personne conjointe ne sera plus couverte pour aucune des protections du régime d'assurance accident maladie du personnel d'encadrement retraité. Cependant, si elle le désire, la personne conjointe 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 de la personne conjointe.
• La personne adhérente paie la prime du statut familial du régime d'assurance accident maladie. • Aucune surprime applicable chez Beneva pour la personne conjointe de 65 ans ou plus, la tarification étant établie selon l'âge de la personne adhérente.	• La personne adhérente 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 de la personne conjointe.
• Cette décision est révocable. La personne conjointe 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 intermédiaire ou 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 toute personne adhérente, 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 (base, intermédiaire ou enrichi) à moins d'être exempté (*point 1.8.1*);
- b) le retraité peut, en plus, choisir le régime d'assurance vie (*section 6*).

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 (base, intermédiaire ou enrichi); ou
- b) uniquement le régime d'assurance accident maladie (base, intermédiaire ou enrichi); ou
- c) uniquement le régime d'assurance vie; ou
- d) aucun régime.

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

1.4 EST-IL POSSIBLE DE CHANGER DE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE EN COURS D'ASSURANCE?

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

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

Ce changement de régime qui affecte l'étendue des protections et la nouvelle prime pour le régime d'assurance accident maladie choisi entrent en vigueur le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec ou suit la réception de la demande.

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

1.5 PERSONNES ASSURÉES

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

1.5.1 Personne conjointe

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

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

1.5.2 Enfant à charge

Un enfant de la personne adhérente, de sa personne conjointe ou des deux, ainsi qu'un enfant dont la personne adhérente a la garde de droit ou dont elle avait la garde lorsque l'enfant a atteint sa majorité ou qu'elle avait alors adopté de fait, sans personne conjointe, qui dépend de la personne adhérente pour son soutien et 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 et d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à Beneva et acceptée par 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 personne conjointe, 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 la personne adhérente et sur laquelle la personne adhérente ou sa personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

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

1.6 BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est la personne désignée par la personne adhérente, 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 de la personne conjointe ou d'un enfant à charge assurés sont toujours payables à la personne adhérente.

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

1.7 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*, la personne adhérente est tenue de protéger, en assurance accident maladie, sa personne conjointe, 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 la personne adhérente seulement;
- Statut de protection monoparental : protège la personne adhérente, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- Statut de protection familial (y compris couple) : protège la personne adhérente et sa personne conjointe, 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

Une personne adhérente qui peut faire la preuve qu'elle est protégée 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, la personne adhérente peut participer au régime d'assurance vie.

Une personne adhérente a droit à l'exemption en assurance accident maladie dans les trois (3) situations suivantes :

- a) elle participe au régime collectif de sa personne conjointe;
- b) elle occupe à nouveau un emploi et elle est protégée par un régime collectif offert par son employeur;
- c) elle participe au régime collectif de son association professionnelle au sens de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*.

La personne adhérente **doit obligatoirement** remplir le formulaire d'adhésion prévu à cet effet et indiquer son choix de régime (base, intermédiaire 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 la personne adhérente de conserver son privilège de participer ultérieurement au régime d'assurance accident maladie si elle est protégée 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'une personne adhérente 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, elle doit présenter à Beneva une nouvelle demande d'adhésion **dans les 30 jours** de la date de la cessation de l'assurance. Elle 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) Personne adhérente de 65 ans ou plus

Dans le cas d'une personne adhérente exemptée qui désire participer au régime d'assurance accident maladie, elle 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 exemptée. 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

Une personne adhérente 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 sa personne conjointe 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 une personne adhérente 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'excédera jamais 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période seront admissibles à un remboursement.

Pour une personne adhérente 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

Une personne adhérente 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*, la personne adhérente **de moins de 65 ans** doit protéger sa personne conjointe, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. La protection détenue par la personne adhérente 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

Les frais admissibles correspondent 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 la personne adhérente doit assumer avant que le pourcentage de la coassurance ne s'applique pour le remboursement des prestations.

EXEMPLES : Frais engagés pour des professionnels de la santé

Les exemples de calculs ci-dessous indiquent les montants remboursables pour une personne adhérente qui détient le régime intermédiaire en assurance accident maladie.

a) Première demande de prestations :

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

Le remboursement maximum par année civile est de 500 \$ et la franchise est de 50 \$ pour un statut de protection individuel par année civile.

Le montant total de frais admissibles pour cette réclamation est donc de $5 \times 80 \$ = 400 \$$. De ce montant, on soustrait les 50 \$ de franchise : $400 \$ (facture) - 50 \$ (franchise) = 350 \$$. Ce montant est remboursé à 50 %, soit 175 \$.

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 remboursé à 50 %, soit 40 \$.

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 490 \$.

La franchise a été payée pour l'année civile (voir a)). Le montant présenté de 80 \$, après application de la coassurance de 50 %, le remboursement devrait être de 40 \$. Cependant, les remboursements effectués sont cumulés, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre, jusqu'à un remboursement maximum de 500 \$ pour l'ensemble des professionnels de la santé. Ainsi, le remboursement pour cette réclamation sera limité à 10 \$.

1.11 ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE CONJOINTE SURVIVANTE AUX RÉGIMES DÉTENU PAR LA PERSONNE ADHÉRENTE

Si, au moment de son décès, la personne adhérente 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) Personne adhérente âgée de moins de 65 ans lors de son décès

Lors du décès de la personne adhérente, la personne conjointe survivante (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'elle ne soit pas admissible à un régime d'assurance collective.

Après vérification de ses obligations, si la personne conjointe survivante doit adhérer à la RAMQ, elle 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) Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus lors de son décès

Les modalités mentionnées précédemment s'appliquent.

Toutefois, **si la personne conjointe est également âgée de 65 ans ou plus** au moment du décès de la personne adhérente et que cette dernière est assurée le jour de son décès pour les garanties autres que les médicaments de la liste RAMQ, sa personne conjointe (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 la personne adhérente. La personne conjointe est alors considérée comme la personne adhérente au régime et doit acquitter la prime.

1.11.2 Régime d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

Si la personne conjointe est assurée par cette garantie au moment du décès de la personne adhérente, elle peut la maintenir. La personne conjointe 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 la personne adhérente. La prime est alors calculée selon les taux de la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

1.11.3 Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe

Si la personne conjointe est assurée par cette garantie au moment du décès de la personne adhérente, elle peut la maintenir. Pour ce faire, une demande écrite doit être reçue par Beneva dans les 31 jours suivant le décès de la personne adhérente.

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'une personne adhérente engage au Québec, pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse. La durée maximale d'hospitalisation est de 90 jours par année civile, par personne assurée.

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 70 % 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 la personne adhérente. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par la personne adhérente, sa personne conjointe, 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'une personne adhérente engage, pour elle-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 70 % 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 personne assurée et comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de la personne adhérente ou de ses personnes à charge assurées, les éléments indiqués ci-dessous.

- 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 une personne assurée couverte 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 70 %, la personne assurée n'aura qu'à déboursier 12 \$ au pharmacien.

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 8. 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 la personne assurée 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 80 \$ 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 la personne adhérente *au point 4.2.3.*

- 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 la personne adhérente ou qui fait partie de sa famille ou de celle de sa personne conjointe, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par personne assurée, 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 400 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

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

Pour la description des exclusions et de la coordination applicables à l'assurance accident maladie de base, voir le *point 5*.

3. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE INTERMÉDIAIRE

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'une personne adhérente engage au Québec, pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse. La durée maximale d'hospitalisation est de 90 jours par année civile, par personne assurée.

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 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 la personne adhérente. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par la personne adhérente, sa personne conjointe, 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'une personne adhérente engage, pour elle-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 3.2.3 et 3.2.4 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 personne assurée et comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de la personne adhérente ou de ses personnes à charge assurées, les éléments indiqués ci-dessous.

- 3.2.1 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 une personne assurée couverte 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 8. 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 la personne assurée 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.

- 3.2.2 Les frais admissibles pour la **substance utilisée** dans le cas d'**injections sclérosantes**, limités à un maximum de 80 \$ 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**, 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 la personne adhérente *au point 4.2.3.*
- 3.2.4 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 la personne adhérente ou qui fait partie de sa famille ou de celle de sa

personne conjointe, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par personne assurée, par année civile.

- 3.2.5 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.

- 3.2.6 Les frais déboursés pour la substance utilisée pour **des vaccins curatifs ou préventifs**, jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

- 3.2.7 Les honoraires professionnels d'un **diététiste**, 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 **kinésiologue**, 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), d'un **massothérapeute**, d'un **orthophoniste**, d'un **ergothérapeute**, d'un **podiatre**, d'un **podologue**, d'un **audiologiste**, d'un **audioprothésiste**, d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute**, d'un **travailleur social** ou d'un **thérapeute conjugal et familial**, remboursés à 50 % et jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels.

Les frais pour les radiographies effectuées par un chiropraticien et un podiatre sont couverts.

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.

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.

3.3 **EXCLUSIONS ET COORDINATION APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE INTERMÉDIAIRE**

Pour la description des exclusions et de la coordination applicables à l'assurance accident maladie intermédiaire, voir le *point 5*.

4. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI

4.1 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'une personne adhérente engage au Québec, pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse.

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

4.2 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 la personne adhérente. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par la personne adhérente, sa personne conjointe, 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'une personne adhérente engage, pour elle-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 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 4.2.3 à 4.2.14 inclusivement et aux paragraphes 4.2.20 et 4.2.21 doivent être prescrits par un médecin.

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

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

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

4.2.1 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.

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 8. 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 la personne assurée 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.

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 une personne assurée couverte 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).

4.2.2 Les frais admissibles pour la substance utilisée dans le cas **d'injections sclérosantes** sont limités à un maximum de 80 \$ par séance de traitement (maximum d'un (1) traitement par jour). L'acte médical n'est pas couvert.

4.2.3 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 la personne adhérente ou de la personne conjointe** » : 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 la personne assurée, au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un jour et pendant laquelle elle 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 la personne assurée, pour des soins infirmiers rendus au domicile de la personne assurée, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être un membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :
 - l'enseignement après une intervention chirurgicale;
 - la prise de tension artérielle et des signes vitaux;
 - le changement de pansements et le soin des plaies;
 - l'administration de médicaments et la surveillance de soluté;
 - l'exérèse de sutures et agrafes;
 - les prélèvements (sanguins et autres).
- b) **frais de transport** : les frais de transport de la personne assurée pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine et de frais admissibles de 30 \$ par déplacement (aller et retour).

- c) **maison de convalescence** : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un médecin ou un infirmier licencié, y compris le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 175 \$ 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 la personne assurée à accomplir ses activités quotidiennes de base, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. Les services doivent être rendus au domicile de la personne assurée et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être un membre de la famille de la personne adhérente ou de la personne conjointe. Les services couverts comprennent entre autres :
- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
 - ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
 - entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
 - préparation des repas;
 - accompagnement à des rendez-vous médicaux.

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

- 4.2.4 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**.

4.2.5 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 personne assurée et à un maximum de 1 000 \$ par personne assurée;
- les frais d'achat de **lentilles intraoculaires**, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne peuvent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes;
- les frais d'achat de **prothèses mammaires** par suite de mastectomie;
- les frais d'achat de **soutiens-gorge postopératoires** par suite de mastectomie ou de réduction mammaire. Le remboursement maximal est de 6 soutiens-gorge postopératoires à vie, par personne assurée.

4.2.6 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.

4.2.7 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 personne assurée, 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, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature, « water pik » (brosse à dents électrique), appareil hydrothérapeutique, bain tourbillon, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (c'est-à-dire d'incontinence nocturne), etc.

4.2.8 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 personne assurée, 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 personne assurée, par année civile.

4.2.9 Les frais déboursés pour l'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage ou 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.

4.2.10 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.

- 4.2.11** 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 personne assurée.

Les frais d'achat d'une station de remplissage de bonbonnes d'oxygène peuvent être considérés comme admissibles à un remboursement si la personne adhérente démontre que les frais d'achat sont plus économiques pour le régime que le coût de remplissage des bonbonnes d'oxygène.

- 4.2.12** 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 personne assurée, par année civile.

- 4.2.13** Les **honoraires professionnels d'un infirmier licencié** ou d'un **infirmier auxiliaire licencié aux soins exclusifs du patient** pour une période de 8 heures ou plus chaque jour, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez la personne adhérente ou qui fait partie de sa famille ou de celle de sa personne conjointe, pourvu que ces services soient rendus durant une période de convalescence à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par personne assurée, par année civile.

- 4.2.14** Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance.

- 4.2.15** Les frais déboursés pour la location, l'achat ou la réparation d'**appareils auditifs**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 2 000 \$, par période de 48 mois complets consécutifs par personne assurée.

- 4.2.16** Les honoraires professionnels d'un **diététiste**, 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), d'un **massothérapeute**, d'un **orthophoniste**, d'un **ergothérapeute**, d'un **podiatre**, d'un **podologue**, d'un **audiologiste**, d'un **audioprothésiste**, d'un **psychiatre**, d'un **psychanalyste**, d'un **psychologue**, d'un **psychothérapeute**, d'un **travailleur social** ou d'un **thérapeute conjugal et familial**, remboursés à 50 % et jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels.

Les frais pour les radiographies effectuées par un chiropraticien et un podiatre sont couverts.

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.

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.

- 4.2.17** 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.

- 4.2.18** 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.

- 4.2.19** Les frais déboursés pour la substance utilisée pour **des vaccins curatifs et préventifs**, jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile.

- 4.2.20** 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 une personne assurée ainsi que par son accompagnateur.

Remarque

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme administré par l'établissement responsable du traitement de la personne assurée. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, la personne assurée est priée de communiquer avec 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.

4.2.21 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 personne assurée, 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.

4.3 EXCLUSIONS ET COORDINATION APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHI

Pour la description des exclusions et de la coordination applicables à l'assurance accident maladie enrichi, voir le *point 5*.

5. EXCLUSIONS AU RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ET COORDINATION

5.1 Exclusions applicables à l'ensemble des régimes (base, intermédiaire et enrichi)

Aucune prestation n'est payable pour les frais déboursés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lesquels la personne assurée 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 la personne assurée;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus par le régime d'assurance de la personne adhérente;
- à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par une personne résidant à la même adresse que la personne adhérente;
- pour des services médicaux pour lesquels la personne assurée n'est pas tenue de payer, qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévaluée des dispositions de tout régime public auquel elle est admissible ou pouvait être admissible ou ne serait pas tenue de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
- pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- pour 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.

5.2 Coordination reliée aux frais médicaux et paramédicaux

Si la personne assurée 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.

6. DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (régime intermédiaire et régime enrichi)

6.1 DÉFINITIONS

Dans les présentes garanties, on entend par :

- **Accident**
Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;
- **Activité à caractère commercial**
Assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage;
- **Associé en affaires**
Se dit d'une personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins;
- **Compagnon de voyage**
Se dit d'une personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée;
- **Frais admissibles**
Frais pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat;
- **Frais de voyage payés d'avance**
Se dit des sommes suivantes :
 - Celles qui sont déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.
- **Hôpital**
Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable;
- **Hôte à destination**
Se dit d'une personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage;
- **Membre de la famille**
Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : personne conjointe, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille, oncle, tante, neveu, nièce;
- **Proche parent**
Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : personne conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur.
La notion de proche parent inclut aussi un ami ou une amie advenant le fait où la personne assurée n'ait aucun proche parent;
- **Province**
Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut;
- **Transporteur public**
Se dit de tout transporteur approuvé par les autorités compétentes et exploité en vertu d'un permis de transport pour le transport (aérien, maritime ou terrestre) de passagers contre rémunération;
- **Voyage**
Assurance voyage : Tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de la personne assurée. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de la personne assurée entre son départ et son retour.
Assurance annulation de voyage : Déplacement occasionnel d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un autre lieu. Pour être reconnu comme voyage aux fins de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuitées consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit

être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité ou autorisé par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.

6.2 ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.1 Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais d'**hospitalisation** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels d'un **médecin** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les frais de transport en **ambulance** par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche;

- les frais d'achat de **médicaments** qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire;
- les honoraires d'un **infirmier licencié**, s'ils sont prescrits par le médecin traitant, pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par personne assurée par séjour. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée ni être un compagnon de voyage;
- les frais de traitements de **chiropraticien, podiatre et physiothérapeute**;
- les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants : location d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** ou d'un **appareil d'assistance respiratoire**; **analyses de laboratoire** et **radiographies**; **achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres** et autres **appareils orthopédiques**;
- les honoraires de **chirurgien-dentiste** pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien-dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par personne assurée par séjour, dans les 12 mois suivant l'accident, nonobstant les exclusions prévues à l'assurance voyage;
- les frais de **rapatriement** de la personne assurée vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, y compris les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de la personne assurée. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* (voir la note à la page 42);
- les frais de transport aller et retour en classe économique d'une **escorte médicale** qui n'est ni un membre de la famille de la personne assurée ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* (voir la note à la page 42);
- les frais de **retour du véhicule** personnel de la personne assurée vers sa résidence ou du véhicule loué par la personne assurée vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par séjour. Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. La personne assurée doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger;

- en cas de décès de la personne assurée, les frais engagés pour la **préparation de sa dépouille et du retour** chez elle de son corps ou de ses cendres par la route la plus directe, ou de crémation ou inhumation sur place, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport. Ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva*;
- les frais d'**hébergement** et de **repas** dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a dû modifier la suite de son voyage en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne. L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour, ni 2 400 \$ par séjour à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, pour l'ensemble des personnes protégées;
- les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, se rendant à l'hôpital où séjourne la personne assurée depuis au moins 7 jours ou pour identifier la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille; ces frais doivent être autorisés au préalable par Beneva* et la personne assurée doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui atteste de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :
 - pour le transport : 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;
 - pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

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

- les services d'assistance voyage ci-après.

* L'expression **autorisation préalable de Beneva** utilisée dans ce texte signifie Beneva ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de Beneva (*voir point 6.3 ci-après*).

Note : Voir le point 6.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

6.3 SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Note : Voir le *point 6.5* pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

6.4 ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

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

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

6.4.1 Causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour l'interruption de voyage

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

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

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

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

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

6.4.2 Les frais admissibles en vertu de cette garantie sont payables à 100 % jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne assurée pour le voyage projeté, soit :

En cas d'annulation avant le départ

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

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

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

En cas de retour anticipé ou retardé

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

Restriction

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

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

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

Transport aller-retour

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

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

Note : Voir le *point 6.5* pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

6.5 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION

6.5.1 Exclusions en assurance voyage

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

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

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

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

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

6.5.2 Exclusions en assurance annulation voyage

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

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

2) Aucuns frais ne sont payables si la personne assurée a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :

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

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

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

3) Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si la personne assurée part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :

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

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

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

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

5) Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci dessous ne sont payables si, durant le voyage de la personne assurée, le gouvernement du Canada émet un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

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

- d'éviter tout voyage à un endroit où la personne assurée se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que la personne assurée s'y trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

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

6.5.3 Limitations en assurance voyage

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

6.5.4 Limitations en assistance voyage

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

6.5.5 Limitations en assurance annulation voyage

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

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

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

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

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

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

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

6.5.6 Coordination

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

7. LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE

7.1 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

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

Les montants d'assurance vie suivants sont disponibles :

- 150 %*, 125 %*, 100 %*, 75 %*, 50 % ou 25 % du traitement que la personne adhérente recevait immédiatement avant la retraite. Le montant de protection choisi ne peut excéder la somme des montants que la personne adhérente 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, la personne adhérente 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, la personne adhérente ne peut conserver plus de 50 % de son traitement.

Note : Si la personne adhérente 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*.

7.2 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE CONJOINTE 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 sa personne conjointe et de leurs enfants à charge.

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

Cette protection est la suivante :

- la personne conjointe : 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'une personne conjointe survivante, lorsqu'elle désire maintenir cette garantie, est majorée de 1,00 \$ par mois. La personne conjointe survivante doit faire la demande de maintien à Beneva pour l'assurance vie de l'enfant à charge.

7.3 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE

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 de la personne conjointe et des enfants à charge se voit attribuer automatiquement une protection de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle sur la vie de sa personne conjointe. Le retraité peut également majorer la protection d'assurance vie de sa personne conjointe, si celui-ci est déjà assuré en vertu de la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe dans le régime du personnel d'encadrement.

La garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe 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 de la personne conjointe 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.

8. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 FRAIS HOSPITALIERS

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

8.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS

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

8.2.1 Par le biais de la carte d'assurance

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

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

a) **Médicament admissible**

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

b) **Médicament non admissible**

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

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

« 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*).

8.2.2 Par la poste

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

Il est 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 8.7* 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 la personne adhérente, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament et doivent être dûment 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.

8.3 AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

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

La majorité des frais d'assurance accident maladie peuvent être réclamés en ligne sur le site **Espace client**. 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 8.7 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 8.7* 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.

8.4 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (régime intermédiaire et régime enrichi)

8.4.1 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.).

8.4.2 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 la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à Beneva;
- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée 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 la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;

- e) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- h) tout autre rapport exigé par Beneva permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

8.5 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DE SA PERSONNE CONJOINTE 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.

8.6 AVIS CONCERNANT LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

- identifier la personne adhérente
- établir et mettre à jour le profil, les besoins et les objectifs de la personne adhérente
- évaluer les demandes et l'admissibilité de l'adhérent aux produits et services de Beneva
- communiquer des conseils liés à la situation de la personne adhérente
- administrer la police d'assurance collective ainsi que les produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement des réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir l'opinion de la personne adhérente en lien avec les produits ou services de Beneva

- proposer à la personne adhérente des offres et des conseils personnalisés sur les produits ou les services de Beneva, conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques, et compte tenu du fait que la personne adhérente ait exercé ou non son **droit de retirer son consentement**
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations au sujet des personnes adhérentes

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

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

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

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

Ces tiers peuvent inclure :

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

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

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

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

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau

Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

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

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

Documentation d'assurance

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

8.7 SERVICES INTERNET BENEVA

8.7.1 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.

8.7.2 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 8*.
- 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**.

Espace client

2 minutes pour s'inscrire.

48 h pour recevoir un remboursement.

Qui dit mieux ?

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

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

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

2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2

1 877 651-8080

beneva