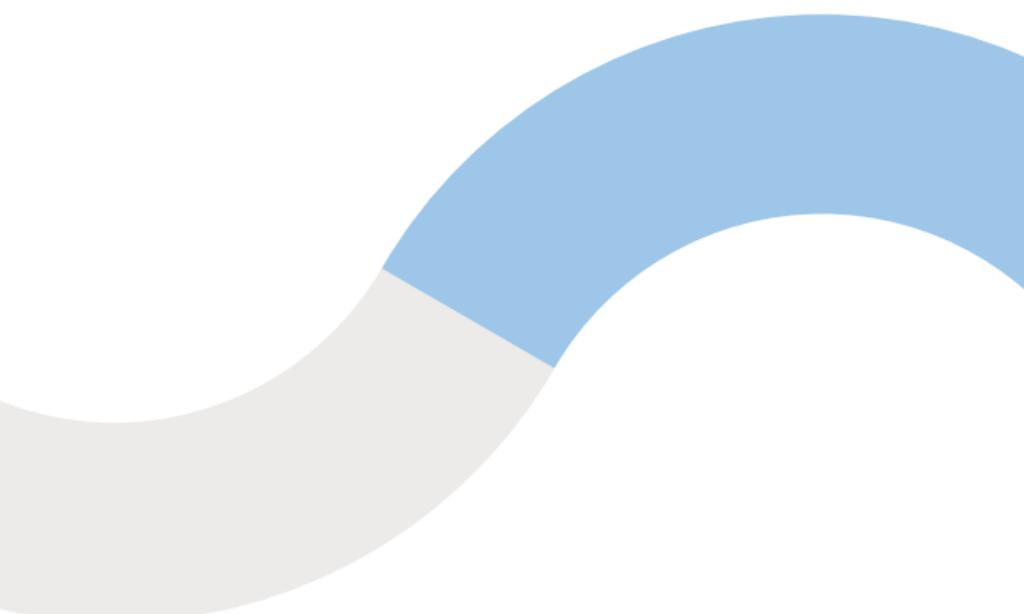


Contrat 103000
En vigueur le 1^{er} avril 2025



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Régime d'assurance collective



beneva

Ce dépliant résume les régimes offerts. Il a été conçu pour faciliter vos choix lors de l'adhésion ou lors de modifications.

Pour obtenir la description complète des régimes, veuillez consulter le contrat et le feuillet de tarification qui sont disponibles en ligne sur votre Espace client.

Régime de soins dentaires

La participation est facultative.

Modalités générales

- Aucune franchise annuelle
- Le présent régime de soins dentaires prévoit une période minimale de participation de 36 mois
- Service de paiement automatisé direct inclus
- Les maximums indiqués sont des maximums par personne assurée

Modalités de remboursement

Soins de diagnostic et de prévention (un nettoyage par 9 mois)	100 %	Aucun maximum [†]
Soins de base	80 %	Remboursement de
Soins complémentaires (restauration majeure)	50 %	1 000 \$ par année pour l'ensemble des soins [†]
Orthodontie Personne assurée de moins de 21 ans	50 %	Remboursement de 1 000 \$ viager [†]

[†] Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés dans le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publié par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) pour l'année courante.

Plan de traitement

Avant de s'engager dans une phase importante de traitements, la personne assurée devrait fournir un plan de traitement à l'Assureur afin de valider le remboursement auquel elle aura droit. Le formulaire de demande de règlement disponible chez le dentiste ou celui fourni par l'Assureur peuvent être utilisés. La mention «Plan de traitement» doit simplement y figurer.

Régime d'assurance vie

Vie de base et Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente

La participation est obligatoire.

- Ces garanties sont indissociables

Montants d'assurance

- Vie de base : 5 000 \$
- Mort et mutilation accidentelles de base : 5 000 \$

Vie additionnelle et Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$)

La participation est facultative.

- Ces garanties sont indissociables

Montants d'assurance

- Vie additionnelle : choix d'un montant fixe : 5 000 \$, 10 000 \$, 15 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$ ou 100 000 \$
- Mort et mutilation accidentelles additionnelle : même montant que la vie additionnelle
- Preuves d'assurabilité : si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité de l'adhérente, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour l'excédent de 75 000 \$. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance.

Vie additionnelle de l'adhérente (125 000\$ ou plus)

La participation est facultative.

Montant d'assurance

L'adhérente ayant opté pour un montant de 100 000 \$ d'assurance vie additionnelle de l'adhérente peut ajouter de 1 à 16 tranches de 25 000 \$.

- Preuves d'assurabilité : requises en tout temps

Vie du conjoint et des enfants à charge

La participation est obligatoire pour l'adhérente qui a des personnes à charge et qui détient une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du régime d'assurance maladie ou qui se prévaut de son droit d'exemption à l'égard de ce régime.

Montants d'assurance

- Conjoint : 3 000 \$
- Enfant à charge (âgé de 24 heures ou plus) : 3 000 \$

Vie additionnelle du conjoint

La participation est facultative.

Montant d'assurance : 1 à 20 tranches de 25 000 \$

- Preuves d'assurabilité : requises en tout temps

Régime d'assurance invalidité de longue durée

La participation est obligatoire.

Délai de carence

- Adhérente détenant le statut de salariée permanente à temps complet :
 - 5 jours ouvrables plus 104 semaines de la même période d'invalidité
- Adhérente ne détenant pas le statut de salariée permanente à temps complet :
 - 7 jours de calendrier à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités, plus 104 semaines de la même période d'invalidité

Montant de la prestation

- Adhérente détenant le statut de salariée à temps complet :
 - 100 % de la prestation d'assurance salaire nette reçue de l'employeur pour la 104^e semaine d'invalidité
- Adhérente ne détenant pas le statut de salariée à temps complet :
 - Le montant le plus élevé entre :
 - 100 % de la prestation d'assurance salaire nette reçue de l'employeur pour la 104^e semaine d'invalidité ou
 - 100 % de la prestation d'assurance salaire nette reçue de l'employeur découlant de 80 % d'un salaire annuel présumé de 12 000 \$

Période maximale de prestations : jusqu'à 65 ans

Indexation des prestations selon l'Indice des rentes de Retraite Québec, jusqu'à concurrence de 5 %

Prestations non imposables

Description sommaire des modules du régime d'assurance maladie

La participation est obligatoire avec droit d'exemption

Une salariée admissible peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, se prévaloir de son droit d'exemption à l'égard du régime d'assurance maladie, à condition qu'elle établisse qu'elle-même et les personnes à sa charge, le cas échéant, sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires

Modalités générales

- Aucune franchise annuelle
- Le présent régime modulaire prévoit une période minimale de participation de 24 mois avant que l'adhérente puisse changer pour un module inférieur
- Les changements pour un module supérieur sont permis en tout temps
- **Les maximums indiqués ci-dessous sont des maximums de remboursement par personne assurée, à moins d'indication contraire**

Protection	Module bronze	Module argent	Module or
Frais hospitaliers et frais de transport			
Hospitalisation	Non couvert	100 %, chambre à deux lits (semi-privée)	100 %, chambre à deux lits (semi-privée)
Ambulance	100 %	100 %	100 %
Transport par avion ou par train	100 %	100 %	100 %
Assurance voyage avec assistance ¹ La personne assurée doit être couverte par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence pour la durée du voyage	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • Maximum viager de 5 M\$ • Durée de la protection : tant que la personne assurée est couverte par les régimes publics 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • Maximum viager de 5 M\$ • Durée de la protection : tant que la personne assurée est couverte par les régimes publics 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • Maximum viager de 5 M\$ • Durée de la protection : tant que la personne assurée est couverte par les régimes publics
Frais de médicaments			
Remboursement	80 %, jusqu'à concurrence d'un déboursé annuel maximum de 800 \$ par certificat, et 100 % de l'excédent	80 %, jusqu'à concurrence d'un déboursé annuel maximum de 800 \$ par certificat, et 100 % de l'excédent	80 %, jusqu'à concurrence d'un déboursé annuel maximum de 800 \$ par certificat, et 100 % de l'excédent
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
Liste de médicaments	Régulière	Régulière	Régulière
Substitution générique	Obligatoire, sauf si contre-indications médicales (un formulaire doit être rempli par le médecin traitant – approbation de l'Assureur requise)	Obligatoire, sauf si contre-indications médicales (un formulaire doit être rempli par le médecin traitant – approbation de l'Assureur requise)	Obligatoire, sauf si contre-indications médicales (un formulaire doit être rempli par le médecin traitant – approbation de l'Assureur requise)
Vaccins préventifs	Non couvert	Non couvert	500 \$ par année civile
Frais de soins de santé complémentaires (incluant les professionnels de la santé)			
Appareil auditif	Non couvert	80 %, maximum 400 \$ par période de 36 mois consécutifs	80 %, maximum 600 \$ par période de 36 mois consécutifs
Appareils et fournitures orthopédiques ²	Non couvert	80 %	80 %
Appareils thérapeutiques (exemple : pompe à insuline, neurostimulateur percutané [T.E.N.S.]) ²	Non couvert	80 %	80 %
Bas de contention	Non couvert	80 %, maximum 3 paires par année civile	80 %, maximum 3 paires par année civile
Chaussures orthopédiques	Non couvert	80 %, maximum 1 paire par année civile	80 %, maximum 1 paire par année civile
Centre de réadaptation ou maison de convalescence	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 80 \$ par jour, 60 jours par année civile
Cure de désintoxication	Non couvert	80 %, maximum 60 \$ par jour, 3 000 \$ viager	80 %, maximum 80 \$ par jour, 3 000 \$ viager
Dentiste à la suite d'un accident et chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non couvert	80 %	80 %
Fauteuil roulant et lit d'hôpital ²	Non couvert	80 %	80 %
Fournitures thérapeutiques	Non couvert	80 %	80 %
Glucomètre ²	Non couvert	80 %, maximum 300 \$ par période de 60 mois consécutifs	80 %, maximum 300 \$ par période de 60 mois consécutifs
Injections sclérosantes (médicament)	80 %, maximum 16 \$ par visite	80 %, maximum 16 \$ par visite	80 %, maximum 16 \$ par visite
Injections sclérosantes (honoraires)	Non couvert	80 %, maximum 16 \$ par visite	80 %, maximum 40 \$ par visite
Lentilles intraoculaires (cataracte)	Non couvert	Non couvert	80 %
Membre ou œil artificiel, prothèse mammaire ²	Non couvert	80 %	80 %
Orthèses podiatриques	Non couvert	80 %, maximum 240 \$ par paire, 1 paire par année civile par adulte et 2 paires par année civile par enfant âgé de moins de 13 ans	80 %, maximum 240 \$ par paire, 1 paire par année civile par adulte et 2 paires par année civile par enfant âgé de moins de 13 ans
Prothèse capillaire	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 300 \$ par période de 60 mois consécutifs
Soins infirmiers et d'inhalothérapeutes	Non couvert	80 %, maximum 160 \$ par jour, 4 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces soins	80 %, maximum 160 \$ par jour, 4 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces soins
Soutien-gorge postopératoire	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 200 \$ par période de 24 mois consécutifs
Stérilet (non médicamenteux)	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum 40 \$ par stérilet
Traitements médicaux hors région (transport et hébergement)	80 %, maximum 1 000 \$ par année civile	80 %, maximum 1 000 \$ par année civile	80 %, maximum 1 000 \$ par année civile
Professionnels de la santé membres en règle de leur association professionnelle reconnue			
Ergothérapeute	Non couvert	Non couvert	
Diététiste, nutritionniste	Non couvert	Non couvert	
Travailleur social	Non couvert	Non couvert	
Acupuncteur	Non couvert		
Chiropraticien	Non couvert		
Kinésithérapeute	Non couvert		
Massothérapeute	Non couvert	80 %, maximum 45 \$ par traitement ou visite, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	
Naturopathe, naturothérapeute	Non couvert		
Orthothérapeute	Non couvert	bonifié	
Ostéopathe	Non couvert		
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non couvert		
Podiatre	Non couvert		
Audiographe	Non couvert	80 %	80 %
Orthophoniste	Non couvert	80 %	80 %
Psychologue et psychothérapeute autorisé	Non couvert	50 %, maximum 1 000 \$ par année civile	80 %, maximum 1 500 \$ par année civile
Radiographie de chiropraticien	Non couvert	80 %, maximum 32 \$ par année civile	80 %, maximum 32 \$ par année civile

1. Assurance voyage avec assistance

Vous partez en voyage ? Saviez-vous que le présent contrat vous offre une assurance voyage et que l'information au verso de votre carte de services est nécessaire lorsque vous désirez joindre les services de l'Assisteur ?

Certaines exclusions s'appliquent. Il est important de consulter le contrat avant votre départ.

2. L'Assureur peut exiger une prescription ou le dossier médical.

Informations générales

Adhésion ou modification aux protections : Il est important de respecter les règles du contrat en ce qui a trait à la période prévue par celui-ci pour présenter une demande d'adhésion ou de modification. Notamment lors de l'adhésion initiale, certains montants d'assurance vie additionnelle peuvent être obtenus sans preuves d'assurabilité si la demande est présentée dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité à l'assurance. Nous vous recommandons de présenter en tout temps vos demandes dans les 30 jours suivant l'événement ou la situation vous permettant de faire vos choix ou de revoir ceux-ci.

Carte de services : Votre carte de services peut être affichée sur votre téléphone cellulaire en vous connectant à votre Espace client ou sur l'application mobile. Conservez une photo de celle-ci sur votre appareil et vous y aurez accès même en l'absence de connexion Internet. Bien sûr, vous pouvez découper et conserver sur vous la version imprimée de la carte qui figure sur votre attestation d'assurance.

Avant d'encourir des frais chez un professionnel de la santé, assurez-vous que celui-ci ne figure pas sur la liste des fournisseurs non-admissibles de Beneva. Cette liste est disponible sur votre Espace client ou sur l'application mobile et est mise à jour régulièrement.

Vous pouvez aussi communiquer avec Beneva avant d'engager des frais pour confirmer le remboursement auquel vous êtes admissible.

Enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement : Vous devez maintenir à jour le statut de fréquentation scolaire de tout enfant à charge dans votre Espace client.

Vous changez d'adresse ? Connectez-vous à votre Espace client et faites tout simplement le changement directement dans votre dossier. Il est essentiel d'aviser aussi votre employeur afin d'assurer l'uniformité des renseignements vous concernant.

Demande de prestations

Médicaments – Service de paiement automatisé direct

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte de services et ne paie que pour la partie non assurée.

Soins de santé complémentaires Vous pouvez soumettre vos réclamations directement à partir de l'Espace client ou de l'application mobile.

• **Professionnels de la santé :** Vous n'avez qu'à saisir les renseignements requis (type de professionnel, montant réclamé, nom du professionnel, etc.) et joindre les photos de vos reçus. Le remboursement est déposé dans votre compte bancaire dans les 24 à 48 heures. C'est simple et rapide !

• **Autres frais :** Vous pouvez soumettre vos réclamations en joignant des photos de vos reçus. Les délais courants de traitement s'appliquent pour ces frais.

Les reçus doivent être conservés pendant 12 mois au cas où une vérification serait requise.

Soins dentaires Lors d'une visite chez le dentiste, la personne assurée présente sa carte de services. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur. Si le cabinet de dentiste n'est pas relié au service automatisé, la personne assurée doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur par l'Espace client ou par l'application mobile.

Régime d'assurance vie Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui transmettra les formulaires requis.

Régime d'assurance invalidité de longue durée : Quelques semaines avant la 104e semaine d'invalidité, les formulaires de demande de prestations vous seront transmis par l'Assureur. Vous et votre médecin traitant devrez les remplir et les retourner dans les meilleurs délais à l'Assureur à partir de votre Espace client ou sur l'application mobile. Si votre invalidité est reconnue, des prestations vous seront versées mensuellement.

Espace client

Activez votre dossier d'assurance collective où vous pourrez, entre autres:

- Consulter le détail de vos protections et vérifier l'admissibilité des frais
- Consulter votre contrat et les montants d'assurance vie détenus
- Faire vos réclamations en ligne et en faire le suivi
- Obtenir vos relevés (cumulatifs aux fins d'impôts et vos relevés de paiement électroniques)
- Accéder à votre carte de services
- Télécharger les formulaires

Comment faire ?

Inscrivez-vous à beneva.ca/fr/espace-client ou téléchargez l'application mobile sur Apple Store ou Google Play.

Pour nous joindre

1 888 235-0606

Pour les heures d'ouverture, consultez le beneva.ca



625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

beneva.ca