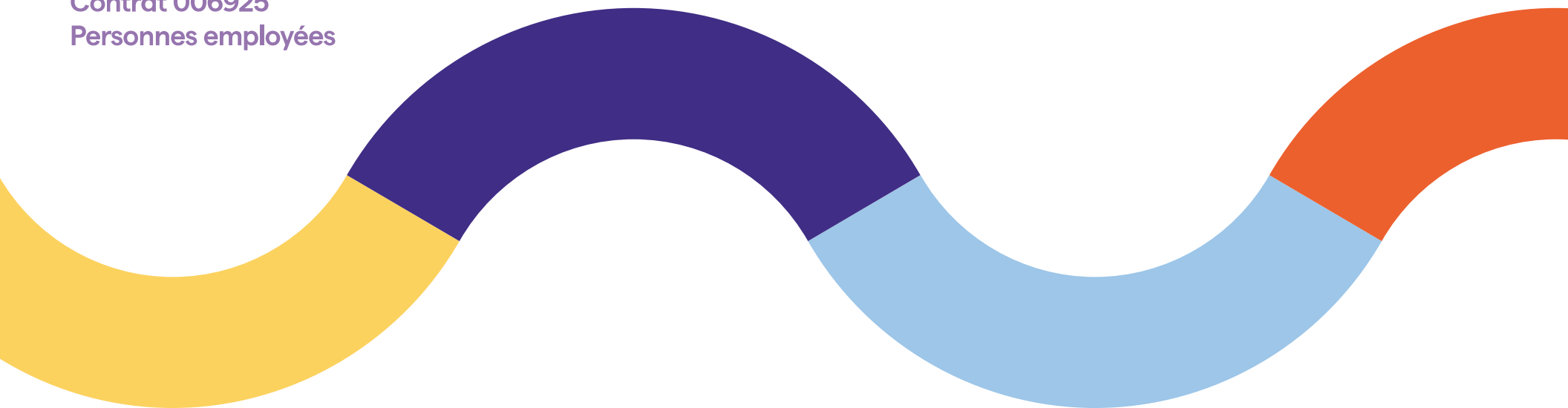


Association des procureurs
aux poursuites criminelles et pénales

Régime d'assurance collective

Sommaire des protections en vigueur
le 1^{er} décembre 2024

Contrat 006925
Personnes employées



beneva

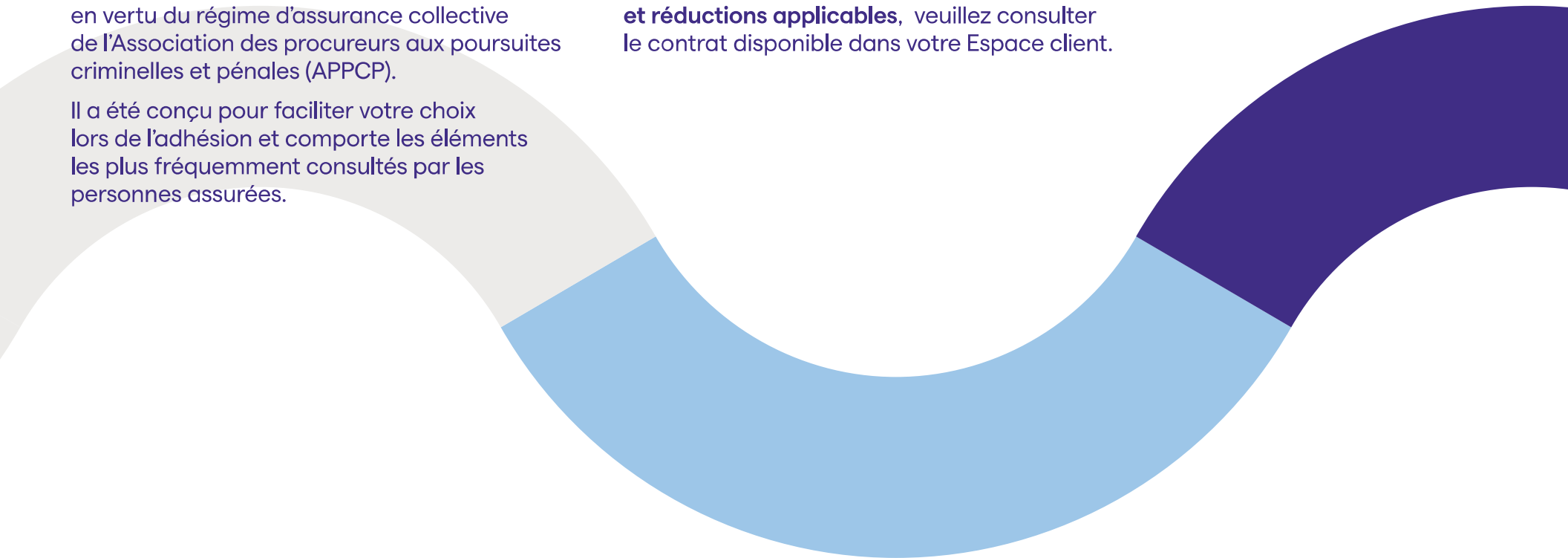
Important

Vous devez effectuer votre choix de protections au cours des 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible. Toute demande de modification de protection doit aussi être présentée au cours des 31 jours suivant la date de l'événement ou de la situation vous permettant de revoir votre choix. Au-delà de ce délai, des conditions différentes s'appliquent.

Ce document est un résumé des protections offertes aux personnes employées assurées en vertu du régime d'assurance collective de l'Association des procureurs aux poursuites criminelles et pénales (APPCP).

Il a été conçu pour faciliter votre choix lors de l'adhésion et comporte les éléments les plus fréquemment consultés par les personnes assurées.

Pour connaître les détails du régime, les conditions d'adhésion ainsi que les **exclusions et réductions applicables**, veuillez consulter le contrat disponible dans votre Espace client.



Régime d'assurance maladie | Participation obligatoire

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région.
Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une prescription médicale.

	Module de base Période minimale de participation 12 mois	Module enrichi Période minimale de participation 24 mois
Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %		
Frais d'hospitalisation	Chambre semi-privée	Chambre privée
Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre semi-privée / 180 jours / année civile / assuré	
Frais hors de la province de résidence*	50 000 \$ / année civile / assuré (excédent des frais couverts par la RAMQ)	
Assurance voyage	6 mois / 2 000 000 \$ / viager / assuré	
Assurance annulation de voyage	5 000 \$ / voyage / assuré	
Franchise		
– Médicaments et autres frais	50 \$ individuel / 100 \$ monoparental / 150 \$ familial	Aucune
Médicaments		
Coassurance médicaments	75 % des premiers 2 400 \$ admissibles et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 2 400 \$ admissibles et 100 % de l'excédent
Médicaments inclus dans le calcul de la contribution annuelle maximale*	Tous les médicaments admissibles	
Clause	Régulière	
Médicaments contre la dysfonction érectile*	1 000 \$ admissibles / année civile / assuré	
Produits antitabac*	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments	
Traitement de l'infertilité : Médicaments ou substances pour traitement de l'infertilité*	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments	Jusqu'au maximum payable par le régime public d'assurance médicaments Ces frais sont sans franchise
Paieement automatisé	Direct	
Franchise et coassurance non remboursables par le régime public d'assurance médicaments	Non	
Dispositions applicables pour les assurés de 65 ans ou plus	Surprime : oui, selon l'âge de l'assuré	
Autres frais admissibles Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles, à moins d'indication contraire		
Coassurance	75 %	80 %
Ambulance	Inclus	
Appareil auditif*	1 500 \$ / 48 mois consécutifs / assuré	
Appareils thérapeutiques, appareils d'assistance respiratoire et oxygène*	12 500 \$ / viager / assuré / pour l'ensemble de ces frais	
Articles pour stomie*	Inclus	

	Module de base Période minimale de participation 12 mois	Module enrichi Période minimale de participation 24 mois
Autres frais admissibles (suite)		
Bas de soutien*	4 paires / année civile / assuré (moins de 20 mmHG)	
Centre de réadaptation et de convalescence*	Chambre semi-privée / 180 jours / invalidité / assuré Frais remboursés à 100 %	Chambre semi-privée / 180 jours / invalidité / assuré Frais remboursés à 100 % et exempts de franchise
Chaussures correctrices et accessoires*	250 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces frais	
Chaussures orthopédiques, orthèses podiatriques	625 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces frais	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident*	6 250 \$ / accident / assuré Les services doivent avoir débuté dans les 12 mois suivant la date de l'accident	
Clinique privée pour alcoolisme et toxicomanie*	120 \$ / jour pour un maximum de 60 jours / année civile	
Dentiste en cas d'accident	Inclus Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident	
Échographies*	500 \$ / année civile / assuré	
Fauteuil roulant, lit d'hôpital*	Inclus	
Glucomètre, dextromètre pour un assuré insulino-dépendant*	300 \$ / 60 mois consécutifs / assuré	
Honoraires d'infirmiers ou infirmiers auxiliaires*	15 000 \$ / 36 mois consécutifs / assuré	
Lecteur de glucose en continu	Inclus	
Membre artificiel*	Inclus	
Multiservices – soins et services à domicile	500 \$ / année civile / assuré	
Neuro-stimulateur percutané	1 000 \$ / année civile / assuré	
Pansements, prothèses externes, béquilles, attelles, plâtres, supports, bandes herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques*	Inclus	
Pompe à insuline	6 000 \$ de remboursement / 5 années consécutives / assuré	
Pompe à insuline – accessoires	Inclus	
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie*	Inclus	
Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie*	En excédent du montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec	
Radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogrammes, imagerie en médecine nucléaire*	Inclus	
Résonances magnétiques	800 \$ / année civile / assuré	
Stérilet*	Inclus	
Substance pour les injections sclérosantes*	25 \$ / traitement / 15 traitements / année civile / assuré	
Tomodensitométrie	Inclus	
Travaux de transformation du domicile ou du véhicule*	3 000 \$ / viager / assuré	

	Module de base Période minimale de participation 12 mois	Module enrichi Période minimale de participation 24 mois
Soins visuels		
Coassurance	75 %	80 %
Examen de la vue	Non retenu	1 examen / 24 mois consécutifs / assuré Frais remboursés à 100 %
Chirurgie oculaire, lentilles cornéennes et lunettes	Non retenu	250 \$ / 24 mois consécutifs / assuré / pour l'ensemble de ces frais Frais remboursés à 100 %
Lentilles intraoculaires*	Inclus	
Lunettes ou lentilles cornéennes suite à une chirurgie de la cataracte*	Inclus	
Professionnels de la santé Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums admissibles		
Coassurance	75 %	80 %
Acupuncteur	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Audiologiste*	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ par année civile, par assuré
Chiropraticien (incluant les radiographies de chiropraticien)	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Diététiste et nutritionniste (maximum pour l'ensemble de ces professionnels)	750 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels	1 000 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels
Ergothérapeute (incluant les rapports d'ergothérapeute)*	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Homéopathe	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Kinésithérapeute et massothérapeute	750 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels	1 000 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels
Naturopathe et naturothérapeute	750 \$ par année civile, par assuré / pour l'ensemble de ces professionnels	1 000 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels
Orthopédagogue	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Orthophoniste (incluant les rapports d'orthophoniste)*	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Orthothérapeute	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Ostéopathe	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	750 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels	1 000 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels
Podiatre et chiropodiste	750 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels	1 000 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels
Psychologue et psychothérapeute	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré
Psychanalyste en clinique externe et psychiatre	750 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels	1 000 \$ / année civile / assuré / pour l'ensemble de ces professionnels
Travailleur social	750 \$ / année civile / assuré	1 000 \$ / année civile / assuré

Régime d'assurance soins dentaire | Participation obligatoire pour les assurés (adhérent et personnes à charge) couverts par le module Enrichi en assurance maladie

	Module enrichi
Franchise annuelle applicable sur les modules	50 \$ individuel / 100 \$ monoparental / 150 \$ familial
Report de franchise	Oui
Païement automatisé	Direct
Module A : Soins préventifs	100 %
– Fréquence : examen de rappel, polissage, application de fluorure et détartrage	1 par 9 mois consécutifs
Module B : Soins de restaurations de base	80 %
Module C : Soins de restaurations majeures	60 %
Module D : Soins d'orthodontie	50 % Seuls les frais encourus pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans, à la date de début des soins, sont admissibles à un remboursement en vertu des soins d'orthodontie.
Maximum de remboursement annuel	2 000 \$ par année civile, applicable sur les modules : A B et C 2 500 \$ viager applicable sur le module D
Guide des tarifs	De l'année courante

Régime d'assurance vie – Actifs

	Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent Participation obligatoire	
Montant de la prestation	Statut de protection individuelle	100 % du traitement annuel de l'adhérent
	Statut de protection monoparentale et familiale	200 % du traitement annuel de l'adhérent
Réduction	50 % à l'âge de 65 ans	
Maximum sans preuves	350 000 \$	
Maximum avec preuves	500 000 \$	
Droit de transformation	31 jours	

	Garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge Participation obligatoire	
Montant de la prestation	Conjoint : 10 000 \$	
	Enfant à charge âgé de plus de 24 heures : 10 000 \$	
Droit de transformation	31 jours	

Régime d'assurance vie – Actifs (suite)

	Garantie d'assurance en cas de mort et mutilation accidentelles Participation obligatoire
Montant de la prestation	Pourcentage variable du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent selon la perte subie
Droit de transformation	31 jours
	Garantie additionnelle d'assurance vie de l'adhérent Participation facultative
Montant de la prestation	1 à 20 tranches de ½ fois le traitement annuel, selon le choix effectué par l'adhérent
Maximum	1 500 000 \$ moins le montant détenu en assurance vie de base
Réduction	50 % à l'âge de 65 ans
Droit de transformation	31 jours
	Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint Participation facultative
Montant de la prestation	1 à 20 tranches de 10 000 \$, selon le choix effectué par l'adhérent
Réduction	50 % à l'âge de 65 ans
Droit de transformation	31 jours
	Garantie d'assurance vie additionnelle de l'enfant à charge Participation facultative
Montant de la prestation	Enfant à charge âgé de plus de 24 heures : 1 à 5 tranches de 10 000 \$, selon le choix effectué par l'adhérent
Réduction	50 % à l'âge de 65 ans
Droit de transformation	31 jours
	Régime d'assurance salaire de longue durée Participation obligatoire
Délai de carence	6 mois après la date de début de l'invalidité ou l'épuisement de la banque de congés de maladie de l'adhérent si supérieure
Montant de la prestation	1. Période au cours de laquelle la prestation d'assurance-traitement versée par l'employeur est égale à 66 2/3 % du traitement : Le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 71 2/3 % du traitement brut. 2. Période au cours de laquelle la prestation d'assurance-traitement versée par l'employeur est égale à 50 % du traitement : Le montant payable par l'Assureur est le complément nécessaire pour atteindre 65 % du traitement brut. 3. Lorsque l'employé invalide ne reçoit plus de prestations d'assurance-traitement de l'employeur : Le montant payable est égal à 90 % du traitement net.
Prestation mensuelle maximale	13 000 \$
Indexation annuelle (lorsque l'employeur ne verse plus de prestations)	Selon RRQ, maximum 3 %
Prestations imposables	Non imposables

Régime d'assurance vie – Retraités

Garantie d'assurance vie de base du retraité Participation facultative	
Retraités à partir du 2 avril 2001	
Montant de la prestation	25 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel de l'adhérent au moment de la retraite, selon le choix effectué par l'adhérent
Réduction	50 % à l'âge de 65 ans
Retraités avant le 2 avril 2001	
Montant de la prestation	25 %, 75 % ou 100 % du traitement annuel de l'adhérent au moment de la retraite, selon le choix effectué par l'adhérent
Réduction	• 75 % dudit traitement à l'âge de 70 ans • 50 % dudit traitement à l'âge de 75 ans
Garantie d'assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge Participation facultative	
Montant de la prestation	Conjoint : 10 000 \$
	Enfant à charge âgé de plus de 24 heures : 10 000 \$
Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint Participation facultative	
Montant de la prestation	10 000 \$

Tarification par période de 14 jours en vigueur du 1^{er} décembre 2024 au 30 novembre 2025

Régime d'assurance vie

- Assurance vie de base de l'adhérent : 0,044 \$ / 1 000 \$ d'assurance
- Assurance en cas de mort et mutilation accidentelles : 0,014 \$ / 1 000 \$ d'assurance
- Assurance vie des personnes à charge : 1,30 \$ / famille
- Assurance vie additionnelle de l'adhérent et du conjoint (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge	Homme		Femme	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeuse	Fumeuse
Moins de 30 ans	0,022 \$	0,032 \$	0,019 \$	0,029 \$
30 à 34 ans	0,022 \$	0,035 \$	0,019 \$	0,029 \$
35 à 39 ans	0,029 \$	0,045 \$	0,024 \$	0,035 \$
40 à 44 ans	0,051 \$	0,080 \$	0,032 \$	0,053 \$
45 à 49 ans	0,083 \$	0,130 \$	0,053 \$	0,083 \$
50 à 54 ans	0,130 \$	0,202 \$	0,083 \$	0,128 \$
55 à 59 ans	0,205 \$	0,335 \$	0,125 \$	0,205 \$
60 à 64 ans	0,327 \$	0,529 \$	0,192 \$	0,309 \$
65 à 69 ans	0,443 \$	0,713 \$	0,259 \$	0,416 \$

Pour l'assurance vie additionnelle du conjoint, le taux applicable est celui d'une personne du même âge que l'adhérent, mais selon le sexe et les habitudes tabagiques du conjoint.

- Assurance vie additionnelle de l'enfant à charge : 0,205 \$ / 10 000 \$ d'assurance

Régime d'assurance maladie

Protection	Module de base			Module enrichi		
	Prime totale	Part employeur	Part employé	Prime totale	Part employeur	Part employé
Individuelle	98,95 \$	0,92 \$	98,03 \$	114,20 \$	0,92 \$	113,28 \$
Monoparentale	158,38 \$	2,31 \$	156,07 \$	182,76 \$	2,31 \$	180,45 \$
Familiale	229,86 \$	2,31 \$	227,55 \$	265,26 \$	2,31 \$	262,95 \$

Les assurés (procureur et conjoint) de 65 ans ou plus qui choisissent d'assurer leurs médicaments dans ce régime collectif au lieu d'aller à la RAMQ doivent déboursier une prime additionnelle par 14 jours de **419,77 \$** par assuré âgé de 65 ans ou plus présent dans la famille.

La taxe de vente de 9 % doit être ajoutée à ces primes.

Régime d'assurance soins dentaires – Module Enrichi

Protection	Prime
Individuelle	22,72 \$
Monoparentale	41,34 \$
Familiale	60,90 \$

Régime d'assurance salaire longue durée

- Assurance salaire longue durée : 1,345 % du salaire

Renseignements généraux

Dispositions applicables au régime modulaire

Lors de l'adhésion initiale, la personne employée doit choisir un des 2 modules :

- module de base pour le régime d'assurance maladie ;
- module enrichi pour les régimes d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires.

La participation au module choisi doit être maintenue pour une période minimale de 12 mois (module de base) et de 24 mois (module enrichi).

Dans le cadre d'une nouvelle adhésion, la personne employée qui n'a pas transmis son formulaire à la date prévue se voit octroyer automatiquement le régime de base.

Événements ou situations permettant de modifier votre choix de module

Un adhérent peut changer de module avant la fin de la période minimale de participation si l'une des modifications de situation familiale suivantes survient :

- a) la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- b) le mariage, l'union civile ou la cohabitation, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint du contrat ;
- c) le divorce, l'annulation du mariage, la dissolution de l'union civile, la séparation de fait, et ce, conformément aux critères prévus à la définition de conjoint du contrat ;
- d) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge, conformément aux critères prévus à la définition de personne à charge du contrat ;
- e) la fin de la protection d'une personne à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective.

L'Assureur doit recevoir la demande de modification au cours des 31 jours suivant la date de l'événement. L'assurance en vertu du module choisi entre alors en vigueur à compter de la date de ladite modification.

Si l'Assureur ne reçoit pas la demande de changement de module dans le délai requis, l'adhérent doit attendre la fin de la période minimale de participation afin de transmettre une nouvelle demande à l'Assureur.

Exonération des primes

Régimes d'assurance vie, d'assurance mort et mutilation accidentelles et d'assurance salaire de longue durée :

Si un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que ces régimes sont en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration des jours de congé maladie accumulés par l'adhérent, et ce, tant que dure l'invalidité totale. Cette protection se termine au 65^e anniversaire de l'adhérent (62^e anniversaire pour le régime d'assurance salaire de longue durée).

Espace client

Activez votre dossier d'assurance collective et ayez accès aux détails des demandes de prestations (réclamations), à votre plan d'assurance et aux montants de vos assurances vie, à vos cumulatifs aux fins d'impôt et à divers formulaires, à votre contrat, à votre carte de services et à vos relevés de paiement électroniques.

Comment faire ?

Inscrivez-vous à l'[Espace client](#).

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 médicaux et paramédicaux

Vous pouvez soumettre vos réclamations directement à partir de l'Espace client de Beneva.

- **Professionnels de la santé** : vous saisissez vous-même tous les renseignements requis (type de professionnel, montant réclamé, nom du professionnel, etc.).

Le remboursement est déposé dans votre compte bancaire dans les 24 à 48 heures*.

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

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 à ce service, la personne assurée doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur.

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

Téléchargez l'application mobile de l'Espace client sur App Store ou Google Play.

Assurance voyage

Vous partez en voyage ? Avant votre départ, assurez-vous que votre condition de santé est stable et que vous êtes admissible à l'assurance voyage. En cas de doute, communiquez avec l'Assisteur, qui vous fournira des renseignements au sujet de votre admissibilité.

Pour joindre Canassistance

- Au Canada et aux États-Unis : **1 855 635-9460**
- Ailleurs dans le monde, à frais virés : **418 780-9460**

* Ce délai peut varier en fonction de votre institution financière.

**Questions à propos de votre régime ou suivi
de vos demandes de prestations**

Service à la clientèle de Beneva

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

1 888 235-0606

**Beneva
625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9**



beneva

beneva.ca