

Ce document est un résumé des protections offertes aux personnes employées assurées en vertu du régime d'assurance collective du Syndicat de professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec (SPGQ).

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 sur le site Internet de Beneva à **beneva.ca** ou dans votre Espace client.

Important

Vous devez effectuer votre choix de protections au cours des 30 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible. Toute demande de modification de protection doit aussi être présentée au cours des 30 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.

Régime d'assurance collective

Sommaire des protections en vigueur le 1^{er} janvier 2026

Contrat 009900
Personnes employées



beneva

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Participation obligatoire (période minimale de maintien : 36 mois)

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 maximums indiqués sont par personne assurée, sauf s'il est indiqué «par certificat», ce qui signifie «pour l'ensemble des personnes assurées de la famille».

Les maximums indiqués sont par année civile, sauf indication contraire.

Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une prescription médicale.

Modules	De base	Intermédiaire	Enrichi
Médicaments*			
Coassurance	75 %	80 %	
Contribution maximale annuelle	- Jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments (1 232 \$) et 100 % de l'excédent pour la personne adhérente et ses enfants à charge, s'il y a lieu. - Jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments (1 232 \$) et 100 % de l'excédent pour la personne conjointe, s'il y a lieu. La contribution maximale annuelle est ajustée le 1^{er} janvier selon le montant prévu par le régime public d'assurance médicaments, lequel est déterminé le 1^{er} juillet de l'année précédente.		
Franchise par achat (Ticket modérateur)	5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique (approvisionnement maximum de 3 mois)		
Type de médicaments	Disponible sur prescription seulement (liste régulière)		
Produits antitabac	Selon le maximum prévu par le RGAM		
Vaccins préventifs	Non couvert		Maximum admissible de 200 \$
Médicaments contre l'obésité	Remboursement maximal de 5 000 \$ viager		
Substitution générique	Obligatoire		
Coassurance	75 %	80 %	
Substances administrées pour raisons médicales (acte médical non couvert)	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections		
Stérilet	Couvert		
Frais d'hospitalisation			
Coassurance	Sans objet	100 %	
Franchise annuelle	Sans objet	Aucune	
Type de chambre	Non couvert	À 2 lits	À 1 lit
Assurance voyage et assurance annulation de voyage			
Coassurance	100 %		
Franchise annuelle	Aucune		
Assurance voyage	Séjour maximal : 30 jours par voyage	Séjour maximal : tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ	
	Remboursement maximal de 5 000 000 \$ viager		
Assurance annulation de voyage	Remboursement maximal de 5 000 \$ par voyage		
Soins oculaires			
Coassurance bonifiée	Sans objet		90 %
Franchise annuelle	Sans objet		Aucune
Lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie au laser	Non couvert		Maximum admissible de 300 \$ par 24 mois consécutifs
Examen de la vue bonifié	Non couvert		Maximum admissible de 120 \$ par 24 mois consécutifs

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Participation obligatoire (période minimale de maintien : 36 mois) (suite)

Modules	De base	Intermédiaire	Enrichi
Fournitures et autres frais			
Coassurance bonifiée	75 % des premiers 4 700 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent. Le maximum est combiné avec celui prévu pour les professionnelles et les professionnels de la santé.		90 % des premiers 11 700 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent. Le maximum est combiné avec celui prévu pour les professionnelles et les professionnels de la santé.
Franchise annuelle	Individuelle: 50 \$; monoparentale: 75 \$; familiale: 100 \$		
Ambulance	Non couvert	Couvert	Couvert, incluant les frais de thermographie
Analyse de laboratoire, radiographie, scan, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie, imagerie en médecine nucléaire et résonance magnétique*	Non couvert	Couvert	
Appareil auditif bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 1 500 \$ par 48 mois consécutifs	
Appareil orthopédique*	Non couvert	Couvert	
Appareil thérapeutique* bonifié	Maximum admissible de 25 000 \$ viager		
Articles pour personnes diabétiques			
• Glucomètre* bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 500 \$ par 60 mois consécutifs	
• Pompe à insuline* bonifiée	Maximum admissible de 9 000 \$ par 60 mois consécutifs		
• Entretien de la pompe à insuline (incluant accessoires tels que tubulures, cathéters, capteurs de la pompe)	Maximum admissible de 2 400 \$		
• Lecteur de glucose en continu (capteur du lecteur et émetteur)*	Maximum admissible de 5 000 \$		
Bas à compression moyenne ou forte*	Non couvert	Maximum de 3 paires	
Chaussures orthopédiques*	Non couvert	Maximum de 2 paires	
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident*	Non couvert	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident	
Cure de désintoxication*	Non couvert	Maximum admissible de 100 \$ par jour – Remboursement maximal de 1 000 \$	
Dentiste à la suite d'un accident	Non couvert	Couvert	
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital*	Non couvert	Couvert	
Maison de convalescence*	Non couvert	Maximum admissible de 125 \$ par jour – Maximum de 30 jours par hospitalisation	
Membre artificiel bonifié	Maximum admissible de 7 500 \$ par 36 mois consécutifs		
Neurostimulateur transcutané* bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 1 500 \$ par 60 mois consécutifs	
Orthèse plantaire*	Non couvert	Maximum de 1 paire	
Prothèse capillaire* bonifiée	Non couvert	Maximum admissible de 700 \$ viager	
Soins et services à domicile – Protection Multiservices*	Non couvert	Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 60 \$ par jour Maximum admissible de 30 \$ par déplacement – Maximum de 3 déplacements (aller et retour) par semaine Maximum admissible de 25 \$ par jour, par enfant	
• Soins infirmiers			
• Services d'aide à domicile			
• Frais de transport			
• Frais de garde d'enfants			
Soins infirmiers après une hospitalisation*	Non couvert	Maximum admissible de 300 \$ par jour – Remboursement maximal de 10 000 \$	
Traitements spéciaux non offerts au Québec*	Non couvert	Frais excédant les prestations payées en vertu de la <i>Loi sur l'assurance hospitalisation</i> , jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi. Frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.	
• Hospitalisation			
• Honoraires professionnels de médecin			

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Participation obligatoire (période minimale de maintien : 36 mois) (suite)

Modules	De base	Intermédiaire	Enrichi
Professionnelles et professionnels de la santé – Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation			
Coassurance bonifiée	75 % des premiers 4 700 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent. Le maximum est combiné avec celui prévu pour les fournitures et autres frais.		90 % des premiers 11 700 \$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent. Le maximum est combiné avec celui prévu pour les fournitures et autres frais.
Franchise annuelle	Individuelle : 50 \$; monoparentale : 75 \$; familiale : 100 \$		
Acupunctrice ou acupuncteur bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 1 400 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 85 \$ par traitement	Remboursement maximal de 1 650 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 85 \$ par traitement
Naturopathe et homéopathe bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 100 \$ par traitement	Maximum admissible de 100 \$ par traitement
Chiropraticienne ou chiropraticien et radiographies bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 850 \$ pour l'ensemble de ces frais Maximum admissible de 60 \$ par traitement ou par radiographie	Remboursement maximal de 1 050 \$ pour l'ensemble de ces frais Maximum admissible de 60 \$ par traitement ou par radiographie
Diététiste bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 1 250 \$ Maximum admissible de 115 \$ par traitement	Remboursement maximal de 1 500 \$ Maximum admissible de 115 \$ par traitement
Massothérapeute bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 1 450 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 100 \$ par traitement	Remboursement maximal de 1 450 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 100 \$ par traitement
Kinésithérapeute bonifié	Non couvert		Maximum admissible de 95 \$ par traitement
Orthothérapeute bonifié	Non couvert		Maximum admissible de 80 \$ par traitement
Ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste	Non couvert	Couvert	
Ostéopathe bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 2 000 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 110 \$ par traitement	Remboursement maximal de 2 400 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 110 \$ par traitement
Physiothérapeute bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 105 \$ par traitement	Maximum admissible de 105 \$ par traitement
Thérapeute en réadaptation physique bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 90 \$ par traitement	Maximum admissible de 90 \$ par traitement
Podiatre bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 1 050 \$ Maximum admissible de 100 \$ par traitement	Remboursement maximal de 1 300 \$ Maximum admissible de 100 \$ par traitement
Psychologue, psychanalyste et psychiatre bonifié	Non couvert	Remboursement maximal de 2 600 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 130 \$ par traitement	Remboursement maximal de 3 100 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Maximum admissible de 130 \$ par traitement
Psychothérapeute bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 110 \$ par traitement	Maximum admissible de 110 \$ par traitement
Travailleuse sociale ou travailleur social bonifié	Non couvert	Maximum admissible de 100 \$ par traitement	Maximum admissible de 100 \$ par traitement
Psychoéducatrice ou psychoéducateur bonifié	Non couvert		Maximum admissible de 120 \$ par traitement
Sexologue bonifié	Non couvert		Maximum admissible de 120 \$ par traitement

Régime d'assurance soins dentaires des personnes employées

Participation facultative (période minimale de maintien : 36 mois)

Les maximums indiqués sont par personne assurée, sauf s'il est indiqué «par certificat», ce qui signifie «pour l'ensemble des personnes assurées de la famille». Les frais admissibles sont ceux suggérés dans le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires publié par l'Association des chirurgien dentistes du Québec (ACDQ) de l'année en cours.

Franchise de 50 \$ par certificat applicable à tous les soins		
Soins préventifs	Frais remboursés à 80 %	Aucun maximum
Fréquence de l'examen de rappel ou périodique	1 fois par 12 mois	
Fréquence de l'examen complet	1 fois par 36 mois	
Restauration de base	Frais remboursés à 80 %	Maximum de remboursement regroupé pour les restaurations de base et majeure 1 ^{re} année civile : 500 \$ par personne assurée au prorata du nombre de mois restant 2 ^e année civile : 700 \$ par personne assurée 3 ^e année civile et suivante : 1 000 \$ par personne assurée
Restauration majeure	Frais remboursés à 60 %	
Orthodontie	Frais remboursés à 50 %	

Régime d'assurance vie de base de la personne adhérente

Participation facultative

Montant d'assurance selon l'âge de la personne adhérente ^{1,2,3}	
• Moins de 65 ans	1 fois le traitement annuel
• 65 à 69 ans	25 %, 50 %, 75 % ou 100 %*
• 70 à 74 ans	25 %, 50 % ou 75 %*
• 75 ans ou plus	25 % ou 50 %*
* En pourcentage du traitement annuel.	
Droit de transformation	31 jours

Régime d'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles de la personne adhérente

Participation facultative

Montant d'assurance ^{2, 3}	Pourcentage variable selon la perte subie, jusqu'à concurrence du montant de l'assurance vie de base
Fin de l'assurance	Retraite ou 65 ^e anniversaire de la personne employée selon la première éventualité.

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

Participation facultative

Montant d'assurance ³	• Personne conjointe : 6 000 \$ • Enfant à charge (âgé de 24 heures ou plus) : 6 000 \$
Prolongation de l'assurance à la suite du décès de la personne adhérente	6 mois suivant le décès de la personne adhérente, sans paiement de prime
Droit de transformation	31 jours

Régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente

Participation facultative

Montant d'assurance ^{2, 3}	1 à 5 fois le traitement annuel, selon le choix
Fin de l'assurance	Retraite ou 65 ^e anniversaire de la personne employée selon la première éventualité
Droit de transformation	31 jours

Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe

Participation facultative

Montant d'assurance ^{1, 2, 3}	• Personne conjointe d'une personne adhérente de moins de 65 ans : 1 à 10 tranches de 10 000 \$ • Personne conjointe d'une personne adhérente de 65 ans ou plus : 10 000 \$
Droit de transformation	31 jours

Régime d'assurance maladies redoutées

Participation facultative

Montant d'assurance (avec preuves d'assurabilité en tout temps)	• Personne adhérente : 5 à 30 tranches de 5 000 \$ • Personne conjointe : 5 à 30 tranches de 5 000 \$
Fin de l'assurance	Retraite ou 65 ^e anniversaire de la personne employée selon la première éventualité
Limitation	Les prestations payables sont limitées à 100 % du montant d'assurance retenu pour l'ensemble des interventions chirurgicales et maladies concernées

Régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Participation obligatoire

Délai de carence À la dernière des 2 dates	• 6 mois après la date du début de l'invalidité • À l'épuisement de la banque de congés de maladie accumulés de la personne adhérente lorsque possible en vertu des conditions de travail
Montant de prestations	• Avant 65 ans : 90 % du traitement mensuel net réduit des revenus d'invalidité (ex. : prestations de l'employeur, RRQ) • À partir de 65 ans : une rente peut être payable, selon certaines modalités. Veuillez vous référer au contrat.
Indexation	Selon le RRQ, maximum de 4 %
Prestations imposables	Non

Exonération des primes

Pour tous les régimes : dès la date de début des prestations d'assurance traitement prévue aux conditions de travail de la personne adhérente de moins de 65 ans.

1. L'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de la personne adhérente au moment du décès. | 2. Si une personne transfère d'un poste à un autre au sein d'un employeur reconnu par le preneur et qu'elle participait à ce régime dans son poste antérieur, le montant d'assurance accordé dans le cadre de son nouveau poste ne pourra excéder celui qu'elle détenait dans son ancien poste. Toute demande pour l'obtention d'un montant excédentaire fera l'objet d'acceptation de preuves d'assurabilité par l'Assureur. Si la personne adhérente ne participait pas à ce régime dans son poste antérieur, elle doit soumettre des preuves d'assurabilité lors de l'adhésion. | 3. Sans preuves d'assurabilité si l'adhésion est faite au cours des 30 jours suivant la date d'admissibilité. Certaines limites s'appliquent pour l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe.

Renseignements généraux

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Participation et choix de régime

La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit d'exemption. Toute personne employée peut refuser ou cesser de participer au régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées, à la condition qu'elle, sa personne conjointe et ses enfants à charge soient assurés en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires.

Lors de l'adhésion initiale, la personne employée doit choisir un des 3 modules d'assurance maladie (base, intermédiaire ou enrichi) et y maintenir sa participation pour une période minimale de 36 mois. Il est par la suite possible d'augmenter la protection du module de base au module intermédiaire ou du module intermédiaire au module enrichi, ou de diminuer la protection du module enrichi au module intermédiaire ou du module intermédiaire au module de base.

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 module intermédiaire.

Événements ou situations permettant de modifier votre choix

Le régime permet aussi, à certaines conditions, de revoir votre choix avant la fin de la période obligatoire de maintien de protection, et ce, seulement à l'occasion des événements suivants : **début d'admissibilité pour une personne conjointe; naissance ou adoption d'un premier enfant à charge ; fin de l'exemption de la personne conjointe ou des enfants à charge ; divorce ; séparation ; décès de la personne conjointe ou terminaison de l'admissibilité du dernier enfant à charge.**

Une nouvelle période obligatoire de maintien de protection de 36 mois débute lors de tout changement de module. Toutefois, lors d'un changement de statut de protection (individuel, monoparental ou familial) dans le même module, la période obligatoire de maintien de protection de 36 mois déjà en cours se poursuit.

Régime d'assurance soins dentaires des personnes employées

Participation

La personne adhérente peut choisir d'ajouter le régime d'assurance soins dentaires au moment de son choix et doit y maintenir sa participation pour **une période minimale de 36 mois**. Seule la retraite ou la fin d'emploi permettent de mettre fin au régime d'assurance soins dentaires avant l'atteinte de la période minimale de participation de 36 mois.

Statut de protection

Lors de l'adhésion initiale au régime d'assurance soins dentaires, il est possible de choisir un statut de protection différent de celui retenu pour le régime d'assurance maladie. Ce statut de protection doit être égal ou inférieur au statut de protection choisi en assurance maladie. Les combinaisons possibles sont décrites dans le tableau suivant :

Régimes	Choix de statut de protection possibles			
Assurance maladie	Individuelle	Monoparentale	Familiale	Exemptée
Assurance soins dentaires	Individuelle	Individuelle Monoparentale	Individuelle Monoparentale Familiale	Individuelle Monoparentale Familiale

La modification du statut de protection peut se faire à certaines conditions et seulement lors d'un événement de vie justifiant l'ajout ou le retrait de personnes à charge (**par exemple, le mariage ou l'union civile de l'adhérent, une séparation, un décès, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant**) ou à la date de début ou de terminaison de la protection de la personne conjointe ou des enfants à charge en vertu d'un autre contrat d'assurance collective comportant des protections similaires. Lors d'un changement de statut de protection la période obligatoire de maintien de 36 mois déjà en cours se poursuit.

Personne âgée de 65 ans ou plus

Médicaments – Choix de couverture à 65 ans

La personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au régime public d'assurance médicaments (RPAM) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Quelques mois avant son 65^e anniversaire, Beneva communique par écrit avec la personne adhérente afin qu'un choix soit fait parmi les 2 options suivantes :

1. Maintenir l'inscription à la RAMQ

À moins d'indication contraire de la personne assurée, Beneva considère que la personne adhérente maintient son inscription à la RAMQ pour les médicaments. Beneva **accorde alors une réduction de primes** à la personne adhérente et **maintient la couverture des autres garanties d'assurance maladie**, y compris celle pour les médicaments non-inscrits sur la liste de la RAMQ mais admissibles à un remboursement par le régime. **Le choix de maintenir l'inscription à la RAMQ est irrévocable.**

2. Conserver la couverture des médicaments dans le régime collectif

La personne adhérente qui choisit de se désengager de la RAMQ et de conserver la couverture des médicaments avec Beneva doit le signifier par écrit à Beneva et payer la prime additionnelle requise. Cette décision est réversible, car la personne adhérente peut s'inscrire à la RAMQ en tout temps.

L'option choisie par la personne adhérente s'applique aussi à sa personne conjointe et à ses enfants à charge, s'il y a lieu.

Personne conjointe qui atteint l'âge de 65 ans avant la personne adhérente

La couverture du régime collectif pour les médicaments de la personne conjointe qui atteint 65 ans est maintenue sans changement ni prime additionnelle. Elle a donc avantage à se désengager du régime de la RAMQ auquel elle est automatiquement inscrite. La personne conjointe pourrait aussi choisir de se retirer complètement du régime collectif d'assurance maladie. Ce choix est irrévocable. Dans un tel cas, la personne adhérente pourra opter pour une protection individuelle si elle n'a pas d'autres personnes à charge.

Renseignements généraux (suite)

Renonciation au régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Il est possible, dans certaines situations, de renoncer à l'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée.

Il est de la responsabilité de la personne adhérente de vérifier dans quelles situations elle peut renoncer à ce régime et d'en faire la demande, le cas échéant. Le formulaire prévu à cet effet énumère les situations permettant de renoncer à la garantie d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée et doit être rempli et acheminé à l'employeur. Il est disponible dans votre Espace client.

Qu'arrive-t-il à la retraite?

Jusqu'à l'âge de 65 ans, vous avez l'obligation de participer au régime d'assurance maladie des personnes retraitées.

Pour connaître les détails du régime et les conditions d'adhésion, veuillez consulter le contrat disponible sur le site Internet de Beneva ou dans votre Espace client. Le Sommaire des protections est également disponible aux mêmes emplacements.

Espace client

Activez votre dossier d'assurance collective et ayez accès aux détails des demandes de prestations (réclamations), à votre régime 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 beneva.ca/fr/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 remboursée.

Professionnels de la santé et autres frais

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.

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 et est mise à jour régulièrement.

Vous pouvez aussi communiquer avec Beneva si vous devez engager des frais importants pour confirmer le remboursement auquel vous êtes admissible.

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.

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

Assurance voyage

Depuis le 1^{er} janvier 2021, des modifications ont été apportées à l'assurance voyage selon le niveau d'avertissement émis par le Gouvernement du Canada.

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 Canassistance, 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

Tarification

Taux de primes par période de 14 jours applicables à compter de la première période de paie complète suivant ou coïncidant avec le 1^{er} janvier 2026.

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Module	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
	Taux contractuel	Taux contractuel	Taux contractuel
Personne adhérente âgée de moins de 65 ans*			
De base	67,11 \$	76,82 \$	142,04 \$
Intermédiaire	89,89 \$	102,85 \$	190,16 \$
Enrichi	109,18 \$	126,24 \$	230,91 \$
Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus*			
De base	42,86 \$	50,77 \$	92,20 \$
Intermédiaire	57,23 \$	67,66 \$	122,99 \$
Enrichi	69,10 \$	83,01 \$	149,18 \$
Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus non inscrite à la RAMQ (PRIME ADDITIONNELLE)			
De base	177,58 \$	177,58 \$	355,10 \$
Intermédiaire	186,11 \$	186,11 \$	372,25 \$
Enrichi	186,11 \$	186,11 \$	372,25 \$

* Part de l'employeur –

La part de l'employeur doit être soustraite des taux contractuels pour établir la prime payable par la personne employée.

La contribution de l'employeur est présentée à titre indicatif. En tout temps, la part de l'employeur indiquée dans la convention collective prévaut.

	Protection		
	Individuelle	Mono-parentale	Familiale
• Fonction publique – Part par période de 14 jours	16,85 \$	39,23 \$	39,23 \$
• Collèges – Part annuelle	233,20 \$	507,90 \$	507,90 \$
• Institut Philippe-Pinel – Part par période de 14 jours	12,92 \$	29,44 \$	29,44 \$

- **Autres :** Veuillez vous référer à la convention collective applicable.

Régime d'assurance soins dentaires

Protection		
Individuelle	Monoparentale	Familiale
Taux contractuel	Taux contractuel	Taux contractuel
17,73 \$	32,26 \$	47,51 \$

Régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Taux incluant un congé de primes de 3 %	0,574 % du traitement
---	-----------------------

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

Tarification (suite)

Taux de primes par période de 14 jours applicables à compter de la première période de paie complète suivant ou coïncidant avec le 1^{er} janvier 2026.

Régime optionnel d'assurance vie des personnes employées

Régime d'assurance vie de base de la personne adhérente (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de la personne adhérente	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 18 %
Moins de 65 ans	0,039 \$	0,032 \$
De 65 à 69 ans	0,251 \$	0,206 \$
De 70 à 74 ans	0,523 \$	0,429 \$
75 ans ou plus	0,933 \$	0,765 \$

Régime d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de la personne adhérente (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de la personne adhérente	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 10 %
Moins de 65 ans	0,014 \$	0,013 \$

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

Âge	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 18 %
Personne adhérente de moins de 65 ans		
• Enfant seulement	0,13 \$	0,11 \$
• Enfant et personne conjointe	0,28 \$	0,23 \$
Personne adhérente de 65 ans ou plus		
• Enfant seulement	0,27 \$	0,22 \$
• Enfant et personne conjointe	1,10 \$	0,92 \$

Régime d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de la personne adhérente	Personne fumeuse ⁴		Personne non fumeuse	
	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 10 %	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 10 %
Moins de 35 ans	0,011 \$	0,010 \$	0,007 \$	0,006 \$
De 35 à 39 ans	0,015 \$	0,014 \$	0,009 \$	0,008 \$
De 40 à 44 ans	0,021 \$	0,019 \$	0,013 \$	0,012 \$
De 45 à 49 ans	0,025 \$	0,023 \$	0,019 \$	0,017 \$
De 50 à 54 ans	0,044 \$	0,040 \$	0,030 \$	0,027 \$
De 55 à 59 ans	0,072 \$	0,065 \$	0,047 \$	0,042 \$
De 60 à 64 ans	0,142 \$	0,128 \$	0,094 \$	0,085 \$

Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe⁵ (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de la personne adhérente	Personne fumeuse ⁴		Personne non fumeuse	
	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 10 %	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 10 %
Moins de 35 ans	0,011 \$	0,010 \$	0,007 \$	0,006 \$
De 35 à 39 ans	0,015 \$	0,014 \$	0,009 \$	0,008 \$
De 40 à 44 ans	0,021 \$	0,019 \$	0,013 \$	0,012 \$
De 45 à 49 ans	0,025 \$	0,023 \$	0,019 \$	0,017 \$
De 50 à 54 ans	0,044 \$	0,040 \$	0,030 \$	0,027 \$
De 55 à 59 ans	0,072 \$	0,065 \$	0,047 \$	0,042 \$
De 60 à 64 ans	0,142 \$	0,128 \$	0,094 \$	0,085 \$
De 65 à 69 ans ⁶	0,241 \$	0,217 \$	0,183 \$	0,165 \$
De 70 à 74 ans ⁶	0,470 \$	0,423 \$	0,241 \$	0,217 \$
75 ans ou plus ⁶	0,779 \$	0,701 \$	0,682 \$	0,614 \$

Régime d'assurance maladies redoutées de la personne adhérente et de la personne conjointe (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de la personne adhérente	Personne adhérente ou personne conjointe			
	Homme		Femme	
	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 15 %	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 15 %
Moins de 25 ans	0,014 \$	0,012 \$	0,017 \$	0,014 \$
De 25 à 29 ans	0,015 \$	0,013 \$	0,015 \$	0,013 \$
De 30 à 34 ans	0,018 \$	0,015 \$	0,016 \$	0,014 \$
De 35 à 39 ans	0,030 \$	0,026 \$	0,020 \$	0,017 \$
De 40 à 44 ans	0,048 \$	0,041 \$	0,027 \$	0,023 \$
De 45 à 49 ans	0,090 \$	0,077 \$	0,047 \$	0,040 \$
De 50 à 54 ans	0,141 \$	0,120 \$	0,076 \$	0,065 \$
De 55 à 59 ans	0,217 \$	0,184 \$	0,116 \$	0,099 \$
De 60 à 64 ans	0,360 \$	0,306 \$	0,210 \$	0,179 \$

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

4. À défaut d'une déclaration selon laquelle la personne est non fumeuse, la tarification pour personne fumeuse s'applique | 5. L'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est en fonction des habitudes tabagiques de celle-ci. | 6. La personne employée âgée de 65 ans ou plus ne peut conserver qu'un montant de 10 000 \$ en assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

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 le beneva.ca
1 800 463-4856

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

beneva.ca

beneva