

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 2024

Contrat 009900

Personnes employées

Incluant les personnes employées de
l'Institut Philippe-Pinel

beneva

Régime modulaire d'assurance maladie | 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.

	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Médicaments*			
Coassurance	75 %	80 %	80 %
Contribution annuelle maximale	- Jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime public d'assurance médicaments (1 196 \$) 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 (1 196 \$) et 100 % de l'excédent pour la personne conjointe , s'il y a lieu.		
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)	Disponible sur prescription seulement (liste régulière)	Disponible sur prescription seulement (liste régulière)
Produits antitabac	Selon le maximum prévu par le RGAM	Selon le maximum prévu par le RGAM	Selon le maximum prévu par le RGAM
Vaccins préventifs	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 200\$
Médicaments contre l'obésité MODIFIÉ	Remboursement maximum viager 5 000 \$	Remboursement maximum viager 5 000 \$	Remboursement maximum viager 5 000 \$
Substitution générique	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Coassurance	75 %	80 %	80 %
Substances administrées pour raisons médicales (acte médical non couvert)	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections
Stérilet	Couvert	Couvert	Couvert
Frais d'hospitalisation			
Coassurance	Sans objet	100 %	100 %
Franchise	Sans objet	Aucune	Aucune
Type de chambre	Non offert	À 2 lits	À 1 lit
Assurance voyage et assurance annulation de voyage			
Coassurance	100 %	100 %	100 %
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Assurance voyage	Séjour maximal : 30 jours/voyage Maximum viager : 5 000 000\$	Séjour maximal : tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ Maximum viager : 5 000 000\$	Séjour maximal : tant que la personne assurée est couverte par la RAMQ Maximum viager : 5 000 000\$
Assurance annulation de voyage	Maximum par voyage : 5 000\$	Maximum par voyage : 5 000\$	Maximum par voyage : 5 000\$
Soins oculaires			
Coassurance	Sans objet	Sans objet	80 %
Franchise	Sans objet	Sans objet	Aucune
Lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie au laser	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 300\$ par 24 mois consécutifs
Examen de la vue	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 75\$ par 24 mois consécutifs
Fournitures et services professionnels			
Coassurance	65 % des premiers 3 350\$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	65 % des premiers 3 350\$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 5 500\$ admissibles par certificat et 100 % de l'excédent
Franchise annuelle/statut de protection	Individuelle : 50\$; monoparentale : 75\$; familiale : 100\$	Individuelle : 50\$; monoparentale : 75\$; familiale : 100\$	Individuelle : 50\$; monoparentale : 75\$; familiale : 100\$

Régime modulaire d'assurance maladie | Participation obligatoire (période minimale de maintien : 36 mois) (suite)

	Régime de base	Régime intermédiaire	Régime enrichi
Fournitures et services professionnels (suite)			
Fournitures et autres frais			
Ambulance	Non offert	Couvert	Couvert
Analyse de laboratoire, radiographie, scan, électrocardiogramme, échographie et test d'imagerie par résonance magnétique*	Non offert	Couvert	Couvert, incluant les frais de thermographie
Appareil auditif	Non offert	Maximum admissible de 1 100\$/48 mois consécutifs	Maximum admissible de 1 100\$/48 mois consécutifs
Appareil orthopédique*	Non offert	Couvert	Couvert
Appareil thérapeutique*	Maximum viager de 15 000\$	Maximum viager de 15 000\$	Maximum viager de 15 000\$
Articles pour personnes diabétiques			
• Glucomètre*	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 300 \$ par 60 mois consécutifs
• Pompe à insuline*	Maximum admissible de 6 000\$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 6 000\$ par 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 6 000\$ par 60 mois consécutifs
• Entretien de la pompe à insuline (incluant accessoires tels que tubulures, cathéters, capteurs)	Maximum admissible de 2 400\$ par année civile	Maximum admissible de 2 400\$ par année civile	Maximum admissible de 2 400\$ par année civile
• Lecteur de glucose en continu (capteur et émetteur)*	Maximum admissible de 5 000\$ par année civile	Maximum admissible de 5 000\$ par année civile	Maximum admissible de 5 000\$ par année civile
Bas à compression moyenne ou forte*	Non offert	3 paires	3 paires
Chaussures orthopédiques*	Non offert	2 paires	2 paires
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident*	Non offert	Maximum de 5 000\$ par accident	Maximum de 5 000\$ par accident
Cure de désintoxication*	Non offert	Maximum admissible de 100\$/jour – maximum 1 000\$	Maximum admissible de 100\$/jour – maximum 1 000\$
Dentiste à la suite d'un accident	Non offert	Couvert	Couvert
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital*	Non offert	Couvert	Couvert
Maison de convalescence*	Non offert	Maximum admissible de 125\$/jour – 30 jours par hospitalisation	Maximum admissible de 125\$/jour – 30 jours par hospitalisation
Membre artificiel	Maximum admissible de 5 000\$/36 mois consécutifs	Maximum admissible de 5 000\$/36 mois consécutifs	Maximum admissible de 5 000\$/36 mois consécutifs
Neurostimulateur transcutané*	Non offert	Maximum admissible de 1 000\$/60 mois consécutifs	Maximum admissible de 1 000\$/60 mois consécutifs
Orthèse plantaire*	Non offert	1 paire	1 paire
Prothèse capillaire*	Non offert	Maximum viager de 300\$	Maximum viager de 300\$
Soins et services à domicile – Protection Multiservices*		Couvert	Couvert
• Soins infirmiers	Non offert	Maximum admissible de 60\$/jour	Maximum admissible de 60\$/jour
• Services d'aide à domicile	Non offert	Maximum admissible de 60\$/jour	Maximum admissible de 60\$/jour
• Frais de transport	Non offert	Maximum admissible de 30\$/déplacement – 3 déplacements (aller et retour) par semaine	Maximum admissible de 30\$/déplacement – 3 déplacements (aller et retour) par semaine
• Frais de garde d'enfants	Non offert	Maximum admissible de 25\$/jour, par enfant	Maximum admissible de 25\$/jour, par enfant
Soins infirmiers après une hospitalisation*	Non offert	Maximum admissible de 300\$/jour – Remboursement maximal de 10 000\$	Maximum admissible de 300\$/jour – Remboursement maximal de 10 000\$
Traitements spéciaux non offerts au Québec*			
• Hospitalisation	Non offert	Frais excédant les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.	Frais excédant les prestations payées en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal équivalent à celui remboursé en vertu de cette loi.
• Honoraires professionnels de médecin	Non offert	Frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.	Frais excédant les prestations payées par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 3 fois les prestations payées par la RAMQ.

Régime modulaire d'assurance maladie | Participation obligatoire (période minimale de maintien : 36 mois) (suite)

	Régime de base	Régime intermédiaire		Régime enrichi	
Fournitures et services professionnels (suite)					
Professionnelles et professionnels de la santé – Un seul traitement par jour, pour la même personne assurée, est sujet à prestation					
Acupuntrice ou acupuncteur, naturopathe et homéopathe	Non offert	Maximum admissible de 50\$/traitement – Remboursement maximal de 700\$ pour l'ensemble de ces professionnels		Maximum admissible de 50\$/traitement – Remboursement maximal de 700\$ pour l'ensemble de ces professionnels	
Chiropraticienne ou chiropraticien et radiographies	Non offert	Maximum admissible de 40\$/traitement ou radiographie – Remboursement maximal de 500\$ pour l'ensemble de ces frais		Maximum admissible de 40\$/traitement ou radiographie – Remboursement maximal de 500\$ pour l'ensemble de ces frais	
Diététiste	Non offert	Maximum admissible de 55\$/traitement – Remboursement maximal de 500\$		Maximum admissible de 55\$/traitement – Remboursement maximal de 500\$	
Ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste	Non offert	Couvert		Couvert	
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute	Non offert	Non offert		Maximum admissible de 45\$/traitement – Remboursement maximal de 600\$ pour l'ensemble de ces professionnels	
Ostéopathe	Non offert	Maximum admissible de 65\$/traitement	Remboursement maximal de 1 000\$ pour l'ensemble de ces professionnels	Maximum admissible de 65\$/traitement	Remboursement maximal de 1 000\$ pour l'ensemble de ces professionnels
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Non offert	Maximum admissible de 55\$/traitement		Maximum admissible de 55\$/traitement	
Podiatre	Non offert	Maximum admissible de 65\$/traitement – Remboursement maximal de 600\$		Maximum admissible de 65\$/traitement – Remboursement maximal de 600\$	
Psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social	Non offert	Psychiatre : maximum admissible de 80\$/traitement Psychothérapeute : maximum admissible de 60\$/traitement Psychanalyste, psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social : maximum admissible de 70\$/traitement Remboursement maximal de 1 200\$ pour l'ensemble de ces professionnels		Psychiatre : maximum admissible de 80\$/traitement Psychothérapeute : maximum admissible de 60\$/traitement Psychanalyste, psychologue, travailleuse sociale ou travailleur social, sexologue : maximum admissible de 70\$/traitement Psychoéducatrice ou psychoéducateur : maximum admissible de 75\$/traitement	
Psychoéducatrice ou psychoéducateur et sexologue	Non offert	Non offert		Remboursement maximal de 1 200\$ pour l'ensemble de ces professionnels	

Régime d'assurance soins dentaires | Participation facultative (période minimale de maintien : 36 mois) **NOUVEAU**

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 chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) de l'année en cours.

Modalités de remboursement		
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
Restauration majeure	Frais remboursés à 60 %	
Orthodontie	Frais remboursés à 50 %	

1^{ère} 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

Maximum viager de 1 000 \$

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 ^{1,2,3}	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 ^{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

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

Participation et choix de régime

Lors de l'adhésion initiale, la personne employée doit choisir un des 3 régimes 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 régime de base au régime intermédiaire ou du régime intermédiaire au régime enrichi, ou de diminuer la protection du régime enrichi au régime intermédiaire ou du régime intermédiaire au régime 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 régime 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 régime. Toutefois, lors d'un changement de statut de protection (individuel, monoparental ou familial) dans le même régime, la période obligatoire de maintien de protection de 36 mois déjà en cours se poursuit.

Régime d'assurance soins dentaires

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 doit être égal ou inférieur au statut 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.

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.

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 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 beneva.ca/fr/espace-client.

Renseignements généraux (suite)

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.

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 2024

Régime modulaire d'assurance maladie des personnes employées

Régime	Protection		
	Individuelle	Monoparentale	Familiale
	Taux contractuel	Taux contractuel	Taux contractuel
Personne adhérente de moins de 65 ans*			
Base	67,53\$	77,30\$	142,93\$
Intermédiaire	84,78\$	97,00\$	179,35\$
Enrichi	100,63\$	116,35\$	212,82\$
Personne adhérente de 65 ans ou plus*			
Base	43,13\$	51,09\$	92,78\$
Intermédiaire	53,98\$	63,81\$	116,00\$
Enrichi	63,69\$	76,51\$	137,49\$
Personne adhérente de 65 ans ou plus non inscrite à la RAMQ (PRIME ADDITIONNELLE)			
Base	178,88\$	178,88\$	357,69\$
Intermédiaire	187,47\$	187,47\$	374,96\$
Enrichi	187,47\$	187,47\$	374,96\$

* Part de l'employeur –	Protection		
La part de l'employeur doit être soustraite des taux contractuels pour établir la prime payable 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.	Indivi- duelle	Mono- parentale	Fami- liale
● Fonction publique – Part par période de 14 jours	3,69\$	9,23\$	9,23\$
● Collèges – Part annuelle	83,20\$	207,90\$	207,90\$
● Institut Philippe-Pinel	7,17\$	17,91\$	17,91\$
● Autres – Veuillez vous référer à la convention collective applicable.			

Régime d'assurance soins dentaires

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

Régime d'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée

Prime requise	Prime avec congé de primes de 2,3 %
0,777 % du traitement	0,759 % du traitement

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 30 %
Moins de 65 ans	0,047\$	0,033\$
De 65 à 69 ans	0,304\$ ⁴	0,213\$ ⁴
De 70 à 74 ans	0,633\$ ⁴	0,443\$ ⁴
75 ans ou plus	1,129\$ ⁴	0,790\$ ⁴

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 30 %
Moins de 65 ans	0,018\$	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 30 %
Personne adhérente de moins de 65 ans		
● Enfant seulement	0,15\$	0,11\$
● Enfant et personne conjointe	0,33\$	0,23\$
Personne adhérente de 65 ans ou plus		
● Enfant seulement	0,32\$	0,22\$
● Enfant et personne conjointe	1,31\$	0,92\$

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

4. La protection disponible pour l'assurance vie accordée à la personne adhérente âgée de 65 ans ou plus qui continue de travailler est un pourcentage du traitement annuel selon le choix qu'elle a effectué lors de son 65^e anniversaire. Ces pourcentages sont les suivants : 25 %, 50 %, 75 % et 100 %. Toutefois, à compter des 70^e et 75^e anniversaires, la protection ne peut excéder respectivement 75 % et 50 % du traitement.

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 2024.

Régime optionnel d'assurance vie des personnes employées (suite)

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

Âge de la personne adhérente	Personne fumeuse ⁵		Personne non fumeuse	
	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 30 %	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 30 %
Moins de 35 ans	0,015 \$	0,011 \$	0,009 \$	0,006 \$
De 35 à 39 ans	0,020 \$	0,014 \$	0,012 \$	0,008 \$
De 40 à 44 ans	0,027 \$	0,019 \$	0,018 \$	0,013 \$
De 45 à 49 ans	0,034 \$	0,024 \$	0,025 \$	0,018 \$
De 50 à 54 ans	0,058 \$	0,041 \$	0,039 \$	0,027 \$
De 55 à 59 ans	0,096 \$	0,067 \$	0,062 \$	0,043 \$
De 60 à 64 ans	0,190 \$	0,133 \$	0,126 \$	0,088 \$

Régime d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe⁶ (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de la personne adhérente	Personne fumeuse ⁵		Personne non fumeuse	
	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 30 %	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 30 %
Moins de 35 ans	0,015 \$	0,011 \$	0,009 \$	0,006 \$
De 35 à 39 ans	0,020 \$	0,014 \$	0,012 \$	0,008 \$
De 40 à 44 ans	0,027 \$	0,019 \$	0,018 \$	0,013 \$
De 45 à 49 ans	0,034 \$	0,024 \$	0,025 \$	0,018 \$
De 50 à 54 ans	0,058 \$	0,041 \$	0,039 \$	0,027 \$
De 55 à 59 ans	0,096 \$	0,067 \$	0,062 \$	0,043 \$
De 60 à 64 ans	0,190 \$	0,133 \$	0,126 \$	0,088 \$
De 65 à 69 ans ⁷	0,322 \$	0,225 \$	0,244 \$	0,171 \$
De 70 à 74 ans ⁷	0,628 \$	0,440 \$	0,322 \$	0,225 \$
75 ans ou plus ⁷	1,041 \$	0,729 \$	0,911 \$	0,638 \$

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 30 %	Taux contractuel	Taux avec congé de primes de 30 %
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,012 \$	0,021 \$	0,015 \$
De 25 à 29 ans	0,019 \$	0,013 \$	0,019 \$	0,013 \$
De 30 à 34 ans	0,023 \$	0,016 \$	0,020 \$	0,014 \$
De 35 à 39 ans	0,038 \$	0,027 \$	0,025 \$	0,018 \$
De 40 à 44 ans	0,060 \$	0,042 \$	0,034 \$	0,024 \$
De 45 à 49 ans	0,112 \$	0,078 \$	0,059 \$	0,041 \$
De 50 à 54 ans	0,176 \$	0,123 \$	0,095 \$	0,067 \$
De 55 à 59 ans	0,271 \$	0,190 \$	0,145 \$	0,102 \$
De 60 à 64 ans	0,450 \$	0,315 \$	0,262 \$	0,183 \$

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

5. À défaut d'une déclaration selon laquelle la personne est non fumeuse, la tarification pour personne fumeuse s'applique. | 6. L'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est en fonction des habitudes tabagiques de celle-ci. | 7. 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
1 888 235-0606

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

beneva.ca