

Contrat 008000

En vigueur le 1^{er} avril 2026

Fonctionnaires non syndiqués du gouvernement du Québec

Régime d'assurance collective

Ce document est un résumé des protections offertes aux fonctionnaires non syndiqués du gouvernement du Québec.

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

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



beneva

Régime obligatoire d'assurance maladie – Périodes minimales de participation

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

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

	Santé 1	Santé 2	Santé 3
Franchise annuelle	Adhérent et enfants à charge : 225 \$ Conjoint : 225 \$	Aucune	Aucune
Frais remboursés à	Modifié 70 % des premiers 2 975 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent pour l'adhérent et les enfants à charge ; et 70 % des premiers 2 975 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent pour le conjoint	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles, et 100 % de l'excédent	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles, et 100 % de l'excédent
Médicaments*	Médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale et figurant sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale	Médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale
Substitution générique	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
Ambulance	Non offert	Couvert	Couvert
Audiologiste*, ergothérapeute* et orthophoniste*	Non offert	Couvert. Maximum 20 traitements par spécialiste.	Couvert. Maximum 20 traitements par spécialiste.
Bas support à compression forte ou moyenne*	Non offert	3 paires	3 paires
Chaussures orthopédiques* et orthèses podiatriques*	Non offert	Couvert	Couvert
Examens à des fins de diagnostic*	Non offert	Maximum admissible de 300 \$	Maximum admissible de 300 \$
Fauteuil roulant*, poumon d'acier*, lit d'hôpital* et chambre hyperbare*	Non offert	Couvert	Couvert
Injections sclérosantes	Non offert	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections/10 séances	Maximum admissible de 20 \$ par séance d'injections/10 séances
Oxygène*, sang*, plasma sanguin* et sérum*	Non offert	Couvert	Couvert
Physiothérapeute en clinique privée et thérapeute en réadaptation physique	Non offert	Maximum de remboursement de 50 \$ par traitement et 20 traitements pour l'ensemble de ces professionnels	Bonifié Maximum de remboursement de 80 \$ par traitement et maximum de remboursement de 1 600 \$ pour l'ensemble de ces professionnels
Prothèses*, membres artificiels* et appareils orthopédiques*	Non offert	Couvert	Couvert
Stérilet*	Non offert	Maximum admissible de 50 \$ par stérilet	Maximum admissible de 50 \$ par stérilet

Régime obligatoire d'assurance maladie – Périodes minimales de participation (suite)

	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Frais remboursés à 100 %			
Assurance voyage	Non offert	Séjour maximal : tant que l'assuré est couvert par la RAMQ Maximum viager : 1 000 000 \$	Séjour maximal : tant que l'assuré est couvert par la RAMQ Maximum viager : 1 000 000 \$
Assurance annulation de voyage	Non offert	Maximum par voyage : 5 000 \$	Maximum par voyage : 5 000 \$
Hospitalisation	Non offert	Non offert	Chambre à 2 lits
Contraception orale d'urgence	Couvert	Couvert	Couvert
Frais remboursés à 80 %			
Acupuncteur, chiropraticien, podiatre et podologue	Non offert	Maximum de remboursement de 50 \$ par traitement et de 20 traitements pour l'ensemble de ces professionnels Radiographies de chiropraticien : Maximum admissible de 40 \$	Bonifié Maximum de remboursement de 80 \$ par traitement et maximum de remboursement de 1 600 \$ pour l'ensemble de ces professionnels Radiographies de chiropraticien : Maximum admissible de 40 \$
Appareils auditifs	Non offert	Maximum de remboursement de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs	Maximum de remboursement de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs
Appareils thérapeutiques*	Non offert	Maximum viager de 10 000 \$	Maximum viager de 10 000 \$
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non offert	Couvert	Couvert
Clinique ou maison de convalescence	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 100 \$ par jour et de 60 jours
Dentiste pour dommages accidentels	Non offert	Couvert	Couvert
Diététiste	Non offert	Maximum de remboursement de 50 \$ par visite et de 6 visites	Bonifié Maximum de remboursement de 80 \$ par visite et maximum de remboursement de 480 \$
Glucomètre ou réflectomètre*	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs	Maximum admissible de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs
Homéopathe, kinésithérapeute, massothérapeute, naturothérapeute, orthothérapeute et ostéopathe	Non offert	Non offert	Bonifié Maximum de remboursement de 80 \$ par traitement et maximum de remboursement de 800 \$ pour l'ensemble de ces professionnels
Infirmier à domicile*	Non offert	Non offert	Maximum admissible de 300 \$ par jour Remboursement maximal de 5 000 \$
Pompe à insuline et accessoires (tubulures, cathéters)	Non offert	Pompe : Maximum admissible de 8 000 \$ par période de 60 mois consécutifs Accessoires : Maximum admissible de 2 400 \$	Pompe : Maximum admissible de 8 000 \$ par période de 60 mois consécutifs Accessoires : Maximum admissible de 2 400 \$
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie	Non offert	Maximum admissible viager de 375 \$	Maximum admissible viager de 375 \$
Psychoéducateur, psychologue, psychothérapeute et travailleur social	Non offert	Maximum de remboursement de 500 \$ pour l'ensemble de ces professionnels	Bonifié Maximum de remboursement de 1 500 \$ pour l'ensemble de ces professionnels
Soins oculaires Modifié	Non offert	Non offert	Examen de la vue : Maximum de remboursement de 120 \$ par période de 36 mois consécutifs Modifié Chirurgie au laser, lentilles cornéennes ou lunettes : Maximum de remboursement de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs Modifié

Régime d'assurance soins dentaires

*Le régime d'assurance soins dentaires n'est plus inclus à compter du 1^{er} avril 2026.

Régime facultatif d'assurance vie de base de l'adhérent

Montant d'assurance : 1 fois le traitement annuel de l'adhérent

Fin de l'assurance : Retraite

Droit de transformation : 31 jours

Garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Montant d'assurance : Pourcentage variable selon la perte subie, jusqu'à concurrence du montant de l'assurance vie de base

Fin de l'assurance : Retraite

Régime de prolongation de la protection antérieure (C4)

Ce régime s'adresse uniquement aux adhérents qui étaient assurés en vertu du régime d'assurance vie en vigueur avant le 12 janvier 1989 et qui bénéficiaient de la clause de prolongation prévue dans le contrat antérieur.

Fin de l'assurance : Retraite de l'adhérent

Régime facultatif d'assurance vie du conjoint

Montant d'assurance :

- Conjoint d'un adhérent de moins de 65 ans : 1 à 5 tranches de 10 000 \$
- Conjoint d'un adhérent de 65 ans ou plus : 10 000 \$

Fin de l'assurance : Retraite de l'adhérent

Droit de transformation : 31 jours

Régime facultatif d'assurance vie des enfants à charge

Montant d'assurance : Enfant à charge (âgé de 24 heures ou plus) : 5 000 \$

Fin de l'assurance : Retraite de l'adhérent

Droit de transformation : 31 jours

Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

Montant d'assurance : 1, 2 ou 3 fois le traitement annuel de l'adhérent, selon son choix

Fin de l'assurance : Retraite ou 65^e anniversaire de l'adhérent selon la première éventualité

Droit de transformation : 31 jours

Garantie additionnelle d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident

Montant d'assurance : Pourcentage variable selon la perte subie, jusqu'à concurrence de 1, 2 ou 3 fois le traitement annuel de l'adhérent, selon le choix effectué pour le régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

Fin de l'assurance : Retraite ou 65^e anniversaire de l'adhérent selon la première éventualité

Régime facultatif d'assurance vie des retraités

Seuls les assurés couverts par le régime facultatif d'assurance vie de l'adhérent le jour précédant la retraite sont admissibles au régime facultatif d'assurance vie des retraités.

Montant d'assurance :

- **Assurance vie de base :**

25 %, 50 % ou 100 % du traitement annuel à la date de la retraite

Réduction à 70 ans :

25 % ou 50 % du traitement annuel à la date de la retraite

- **Assurance vie additionnelle :**

1 à 3 fois le traitement annuel à la date de la retraite

- **Régime de prolongation de la protection antérieure (C4) :**

Montant équivalent à celui détenu en vertu de ce régime à la date de la retraite.

Régime facultatif d'assurance vie du conjoint du retraité

Montant d'assurance :

- Conjoint d'un adhérent de moins de 65 ans : 1 à 5 tranches de 10 000 \$, sans excéder le montant détenu en vertu du régime du conjoint de l'adhérent le jour précédant la retraite.
- Conjoint d'un adhérent de 65 ans ou plus : 10 000 \$

Régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée

Délai de carence : Réserve de congés de maladie de l'adhérent (minimum de 5 jours ouvrables + année de prestations d'assurance traitement de l'employeur)

Montant de prestations :

- Première année : Complément nécessaire pour atteindre 87,5 % du traitement net de l'adhérent
- Années subséquentes : 87,5 % du traitement net utilisé pour le calcul des prestations de la première année

Indexation : Selon l'indice des prix à la consommation (IPC), sans toutefois excéder 3 %

Prestations imposables : Non

Renseignements généraux

Participation et choix de régime pour le régime modulaire d'assurance maladie

Lors de l'adhésion initiale, l'employé doit choisir un des 3 régimes d'assurance maladie (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3).

Dans le cadre d'une nouvelle adhésion, l'employé qui n'a pas transmis son formulaire à la date prévue se voit octroyer automatiquement le régime Santé 2.

Changement de régime

Un adhérent peut modifier son choix de régime à la hausse en tout temps.

Pour modifier son choix de régime à la baisse, l'adhérent doit respecter la durée minimale de participation suivante :

- Pour passer de Santé 3 à Santé 2 ou Santé 1 : 36 mois de participation minimale au régime Santé 3;
- Pour passer de Santé 2 à Santé 1 : 24 mois de participation minimale au régime Santé 2.

Exonération des primes

Pour tous les régimes : dès la date de début des prestations d'assurance traitement prévues aux conditions de travail de l'adhérent de moins de 65 ans.

Renonciation au régime d'assurance traitement de longue durée

Il est possible, dans certaines situations, de renoncer à l'assurance traitement de longue durée.

Il est de la responsabilité de l'adhérent de vérifier dans quelles situations il 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 au régime obligatoire d'assurance traitement de longue durée et doit être rempli et acheminé à l'employeur. Il est disponible dans l'Espace client.

Qu'arrive-t-il à la retraite?

Tout employé qui prend sa retraite devient admissible à la garantie d'assurance vie du retraité s'il était assuré en vertu de la garantie de base d'assurance vie de l'adhérent le jour précédant la date de mise à la retraite.

Tout conjoint assuré en vertu de la garantie d'assurance vie du conjoint le jour précédant la date de mise à la retraite de l'adhérent est admissible à cette date, à la condition que le retraité adhère à la garantie d'assurance vie du retraité.

Espace client

En vous inscrivant à l'Espace client, profitez de nos services en ligne :

- Accès au détail des protections détenues
- Réclamation en ligne et remboursement en moins de 48 h pour la plupart des soins de santé
- Suivi des réclamations
- Relevés pour fins fiscales
- Affichage ou impression de la carte de services

Comment s'inscrire

Inscrivez-vous à beneva.ca.

Demande de prestations

Médicaments

Lors de l'achat de médicaments, l'assuré 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 les renseignements requis (type de professionnel, montant réclamé, nom du professionnel, etc.) et obtenez le remboursement 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.

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} octobre 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 bonne et 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

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.

Tarification – adhérents actifs

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} avril 2026

Régime d'assurance maladie

Régime	Protection	Part de l'employé avec congé de primes	Part de l'employeur	Prime totale avec congé de primes de 6 %
Santé 1	Individuelle	30,47 \$	16,85 \$	47,32 \$
	Monoparentale	18,46 \$	39,23 \$	57,69 \$
	Familiale	64,84 \$	39,23 \$	104,07 \$
Santé 2	Individuelle	76,73 \$	16,85 \$	93,58 \$
	Monoparentale	76,78 \$	39,23 \$	116,01 \$
	Familiale	168,54 \$	39,23 \$	207,77 \$
Santé 3	Individuelle	92,09 \$	29,79 \$	121,88 \$
	Monoparentale	97,94 \$	62,75 \$	160,69 \$
	Familiale	203,86 \$	70,34 \$	274,20 \$

Régime d'assurance vie des adhérents actifs

Assurance vie de base de l'adhérent et C4

Âge de l'adhérent	Taux par 1 000 \$ de protection incluant un congé de primes de 4 %	Taux en pourcentage du salaire incluant un congé de primes de 4 %
Moins de 30 ans	0,007 \$	0,018 %
30 à 34 ans	0,008 \$	0,021 %
35 à 39 ans	0,011 \$	0,029 %
40 à 44 ans	0,021 \$	0,055 %
45 à 49 ans	0,034 \$	0,089 %
50 à 54 ans	0,056 \$	0,146 %
55 à 59 ans	0,106 \$	0,277 %
60 à 64 ans	0,172 \$	0,449 %
65 à 69 ans	0,265 \$ ¹	0,691 % ¹
70 à 74 ans	0,434 \$ ¹	1,132 % ¹
75 ans ou plus	0,773 \$ ¹	2,017 % ¹

Assurance mort ou mutilation par accident (assurance vie de base et C4)

- Taux par 1 000 \$ de protection incluant un congé de primes de 4 % : 0,012 \$
- Taux en pourcentage du salaire incluant un congé de primes de 4 % : 0,031 %

Assurance vie additionnelle de l'adhérent (1, 2 ou 3 fois le traitement)

Âge de l'adhérent	Taux par 1 000 \$ de protection incluant un congé de primes de 4,2 %			
	Fumeur ²		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 30 ans	0,030 \$	0,025 \$	0,019 \$	0,015 \$
30 à 34 ans	0,031 \$	0,025 \$	0,019 \$	0,015 \$
35 à 39 ans	0,039 \$	0,030 \$	0,026 \$	0,020 \$
40 à 44 ans	0,068 \$	0,047 \$	0,044 \$	0,029 \$
45 à 49 ans	0,112 \$	0,071 \$	0,071 \$	0,047 \$
50 à 54 ans	0,174 \$	0,109 \$	0,109 \$	0,071 \$
55 à 59 ans	0,289 \$	0,177 \$	0,177 \$	0,108 \$
60 à 64 ans	0,455 \$	0,265 \$	0,282 \$	0,166 \$

Assurance vie additionnelle de l'adhérent (1, 2 ou 3 fois le traitement) (suite)

Âge de l'adhérent	Taux par en pourcentage du salaire incluant un congé de primes de 4 %			
	Fumeur ²		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 30 ans	0,078 %	0,065 %	0,050 %	0,039 %
30 à 34 ans	0,081 %	0,065 %	0,050 %	0,039 %
35 à 39 ans	0,102 %	0,078 %	0,068 %	0,052 %
40 à 44 ans	0,177 %	0,123 %	0,115 %	0,076 %
45 à 49 ans	0,292 %	0,185 %	0,185 %	0,123 %
50 à 54 ans	0,454 %	0,284 %	0,284 %	0,185 %
55 à 59 ans	0,754 %	0,462 %	0,462 %	0,282 %
60 à 64 ans	1,187 %	0,691 %	0,736 %	0,433 %

Assurance mort ou mutilation par accident (1, 2 ou 3 fois le traitement)

(toutes catégories d'âge)

- Taux par 1 000 \$ de protection incluant un congé de primes de 4 % : 0,012 \$
- Taux en pourcentage du salaire incluant un congé de primes de 4 % : 0,031 %

Assurance vie additionnelle du conjoint³

Âge de l'adhérent	Taux par 1 000 \$ de protection incluant un congé de primes de 4 %			
	Fumeur ²		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 30 ans	0,035 \$	0,029 \$	0,023 \$	0,018 \$
30 à 34 ans	0,036 \$	0,029 \$	0,023 \$	0,018 \$
35 à 39 ans	0,045 \$	0,035 \$	0,030 \$	0,024 \$
40 à 44 ans	0,078 \$	0,053 \$	0,051 \$	0,032 \$
45 à 49 ans	0,129 \$	0,081 \$	0,081 \$	0,053 \$
50 à 54 ans	0,200 \$	0,125 \$	0,125 \$	0,081 \$
55 à 59 ans	0,330 \$	0,202 \$	0,202 \$	0,123 \$
60 à 64 ans	0,519 \$	0,304 \$	0,322 \$	0,188 \$
65 à 69 ans	1,012 \$ ⁴	0,549 \$ ⁴	0,627 \$ ⁴	0,340 \$ ⁴
70 à 74 ans	1,621 \$ ⁴	0,922 \$ ⁴	1,006 \$ ⁴	0,571 \$ ⁴
75 ans ou plus	2,487 \$ ⁴	1,546 \$ ⁴	1,542 \$ ⁴	0,957 \$ ⁴

Assurance vie des enfants à charge

- Tarification par famille incluant un congé de primes de 4 % : 0,28 \$ par famille

Régime obligatoire unique d'assurance traitement de longue durée

- Tarification incluant un congé de primes de 5 % : 0,757 % du traitement assurable

La taxe de vente de 9 % doit être ajoutée à ces primes. À compter du 1^{er} janvier 2027, la taxe de vente sera de 9,975 %.

1. La protection offerte pour l'assurance vie accordée à l'adhérent âgé de 65 ans ou plus qui continue de travailler est un pourcentage du salaire annuel immédiatement avant l'âge de 65 ans. 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. | 2. À défaut de déclarer être non-fumeur ou non-fumeuse, la tarification pour fumeur ou fumeuse s'applique. | 3. L'assurance vie additionnelle du conjoint est en fonction des habitudes tabagiques de celui-ci. | 4. L'adhérent âgé de 65 ans ou plus ne peut conserver qu'un montant de 10 000 \$ en assurance vie additionnelle du conjoint.

Tarification – ADHÉRENTS RETRAITÉS

Taux mensuels au 1^{er} avril 2026

Assurance vie facultative du retraité
et du conjoint du retraité

Âge de l'adhérent	Taux de primes mensuels par 1 000 \$ d'assurance incluant un congé de primes de 4 %
50 à 54 ans	0,300 \$
55 à 59 ans	0,576 \$
60 à 64 ans	0,937 \$
65 à 69 ans	1,449 \$
70 à 74 ans	2,374 \$
75 ans ou plus	4,230 \$

La taxe de vente de 9 % doit être ajoutée à ces primes. À compter du 1^{er} janvier 2027, la taxe de vente sera de 9,975 %.

IMPORTANT

Ce document n'est pas un contrat. Il ne donne qu'un aperçu de la protection. Seul le contrat peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

beneva

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

Service à la clientèle de Beneva

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

1 800 463-4856

Pour les heures d'ouverture, consultez le [beneva.ca](https://www.beneva.ca)