Ce document est un résumé des protections offertes en vertu du régime d'assurance collective de la Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec (FNEEQ).

Il a été conçu pour faciliter vos choix lors de l'adhésion et comporte les éléments les plus fréquemment consultés par les assurés. Les modalités concernant la modification de vos protections y sont également décrites.

Pour une description complète du régime et pour connaître les exclusions et les réductions applicables, vous pouvez consulter le contrat disponible sur votre Espace client.

Important

Délai pour faire vos choix

Vous devez effectuer vos choix de protections dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible. Au delà de ce délai, les protections par défaut vous seront automatiquement octroyées, soit, le module A avec un plan de protection individuel pour la garantie d'assurance maladie ainsi que les garanties d'assurance invalidité de courte et de longue durée, le cas échéant, à la date d'admissibilité. Des preuves d'assurabilité pourraient aussi être exigées pour adhérer par la suite aux garanties d'assurance vie. Toute demande de modification de protection doit aussi être présentée dans les 30 jours suivant la date de l'événement ou de la situation vous permettant de revoir vos choix.

fneeq CSN

Régime d'assurance collective

Sommaire des protections en vigueur le 1er janvier 2026

Contrat 001008-001010

beneva

© Beneva inc. 2026 MD Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

Assurance maladie | Obligatoire[1]

Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance.
Les maximums indiqués sont par personne assurée.

	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
	Période minimale de participation avant de pouvoir réduire la protection choisie : 36 mois, sous réserve des dispositions prévues au tableau Règles de modifications du présent document		
1. Frais remboursés à 100 %[2]			
Hospitalisation	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée	Chambre semi-privée
Soins prolongés	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile	Chambre semi-privée, maximum de 180 jours par année civile
Assurance voyage	Maximum viager de 2 000 000 $	Maximum viager de 2 000 000 $	Maximum viager de 2 000 000 $
Assurance annulation de voyage	Maximum de 5 000 $ par voyage	Maximum de 5 000 $ par voyage	Maximum de 5 000 $ par voyage
2. Médicaments[2]			
Remboursement	**68 %** des frais admissibles, jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle du RGAM[3] et 100 % de l'excédent[4]	**80 %** des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'une contribution maximale annuelle de **900 $** et 100 % de l'excédent	**85 %** des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'une contribution maximale annuelle de **600 $** et 100 % de l'excédent
Cumul de la contribution maximale	La contribution maximale annuelle est calculée séparément pour la personne adhérente et, s'il y a lieu, pour la personne conjointe. Les prestations des enfants à charge sont cumulées avec celles de la personne adhérente.		
Type de médicaments	Disponibles sur prescription médicale seulement et figurant sur la liste RAMQ	Disponibles sur prescription médicale seulement (liste régulière)	Disponibles sur prescription médicale seulement (liste régulière)
Substitution	Le remboursement d'un médicament pour lequel il existe un médicament générique moins cher est calculé sur la base du prix du médicament générique.		
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct
3. Autres frais admissibles[2]			
Remboursement	**68 %**	**80 %**	**85 %**
Franchise annuelle	Aucune	Aucune	Aucune
Ambulance	Couverte	Couverte	Couverte
Appareils prothétiques* et membres artificiels*	Couverts	Couverts	Couverts
Bas de soutien	Non couverts	Maximum de 6 paires par année civile	Maximum de 6 paires par année civile
Cannabis à des fins médicales*	Non couvert	Remboursement maximal de 1 500 $ par année civile	Remboursement maximal de 1 500 $ par année civile
Centre de réadaptation	Non couvert	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 $ par jour et de 15 jours par hospitalisation	Chambre semi-privée Maximum admissible de 75 $ par jour et de 15 jours par hospitalisation
Chaussures correctrices (profondes)*	Non couvertes	Maximum admissible de 100 $ par paire et de 2 paires par année civile	Maximum admissible de 100 $ par paire et de 2 paires par année civile
Souliers orthopédiques (sur mesure)*	Non couverts	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 $ par paire	Frais d'achat, après déduction d'une franchise de 20 $ par paire
Chirurgien-dentiste à la suite d'un accident	Non couvert	Couvert	Couvert
Chirurgie d'affirmation de genre (incluant frais d'épilation)*	Non couverte	Remboursement maximal de 5000 $ par an et 10 000 $ viager	Remboursement maximal de 5000 $ par an et 10 000 $ viager

Assurance maladie | Obligatoire[1]

Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance.
Les maximums indiqués sont par personne assurée.

	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
	Période minimale de participation avant de pouvoir réduire la protection choisie : 36 mois, sous réserve des dispositions prévues au tableau Règles de modifications du présent document		
3. Autres frais admissibles[2] (suite)			
Clinique privée (traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou du jeu compulsif)	Non couverte	Remboursement maximal de 3 500 $ par année civile Maximum d'une cure par année civile et de 2 cures à vie	Remboursement maximal de 3 500 $ par année civile Maximum d'une cure par année civile et de 2 cures à vie
Examen de la vue	Non couvert	Maximum admissible de 100 $ par période de 24 mois consécutifs	Maximum admissible de 100 $ par période de 24 mois consécutifs
Fauteuil roulant*, poumon d'acier*, couches pour incontinence ou équipements thérapeutiques*	Non couverts	Couverts	Couverts
Glucomètre*, dextromètre* ou autre appareil similaire*	Non couverts	Remboursement maximal de 200 $ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 200 $ par période de 60 mois consécutifs
Infirmier autorisé* ou infirmier auxiliaire autorisé*	Non couvert	Maximum admissible de 300 $ par jour et remboursement maximal de 10 000 $ par année civile	Maximum admissible de 300 $ par jour et remboursement maximal de 10 000 $ par année civile
Lecteur de glucose en continu*	Non couvert	Maximum admissible de 5 000 $ par année civile	Maximum admissible de 5 000 $ par année civile
Orthèses plantaires* et appareils orthopédiques*	Non couvert	Couverts	Couverts
Oxygénothérapie*	Non couverte	Couverte	Couverte
• Achat d'une batterie de secours pour les appareils de support à l'apnée du sommeil	Non couvert	Maximum admissible de 500 $ par période de 60 mois	Maximum admissible de 500 $ par période de 60 mois
Pompe à insuline			
• Appareil*	Non couvert	Remboursement maximal de 6 000 $ par période de 60 mois consécutifs	Remboursement maximal de 6 000 $ par période de 60 mois consécutifs
• Accessoires (tubulures, cathéters)*	Non couverts	Maximum admissible de 4 000 $ par année civile	Maximum admissible de 4 000 $ par année civile
Prothèse auditive*	Non couverte	Remboursement maximal de 1 000 $ pour chaque prothèse jusqu'à concurrence de 2 000 $ par période de 12 mois consécutifs	Remboursement maximal de 1 000 $ pour chaque prothèse jusqu'à concurrence de 2 000 $ par période de 12 mois consécutifs
Prothèse capillaire*	Non couverte	Maximum admissible de 700 $ par année civile	Maximum admissible de 700 $ par année civile
Prothèse mammaire*	Non couverte	Maximum admissible de 500 $ par année civile	Maximum admissible de 500 $ par année civile
Rapports médicaux	Non couverts	Remboursement maximal de 40 $ par rapport et de 500 $ par année civile	Remboursement maximal de 40 $ par rapport et de 500 $ par année civile
Sérums et liquides injectés à des fins curatives* (y compris les injections en vue d'une insémination artificielle)	Non couverts	Couverts	Couverts
Stérilet	Non couvert	Couvert	Couvert
Frais de déplacement pour traitements par un médecin spécialiste non disponible dans la région de résidence de la personne assurée*	Non couverts	Remboursement maximal de 750 $ par voyage	Remboursement maximal de 750 $ par voyage
Vaccins (vaccins préventifs inclus)	Non couverts	Couverts	Couverts

Assurance maladie | Obligatoire[1]

Les soins, services ou fournitures suivis d'un astérisque (*) nécessitent une ordonnance.
Les maximums indiqués sont par personne assurée.

	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
	Période minimale de participation avant de pouvoir réduire la protection choisie : 36 mois, sous réserve des dispositions prévues au tableau Règles de modifications du présent document		
4. Professionnels de la santé[2, 5]			
Remboursement	Frais non couverts	**80 %**	**85 %**
Évaluation effectuée par un psychologue, un neuropsychologue, un orthopédagogue ou un orthophoniste	Non couverte	Maximum admissible de 1 250 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels	Maximum admissible de 1 250 $ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Chiropraticien	Non couvert	Frais admissibles de 65 $ par visite, traitement ou radiographie, remboursement maximal de **600 $** par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 65 $ par visite, traitement ou radiographie, remboursement maximal de **1 200 $** par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Acupuncteur, diététiste, ergothérapeute, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre, thérapeute du sport et thérapeute en réadaptation physique	Non couverts		
Massothérapeute*, kinésithérapeute et orthothérapeute	Non couverts	Non couverts	
Orthopédagogue[6], orthophoniste et audiologiste	Non couverts	Frais admissibles de 100 $ par visite, remboursement maximal de **900 $** par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 100 $ par visite, remboursement maximal de **1 800 $** par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels
Conseiller en orientation en pratique privée, psychanalyste, psychiatre, psychologue, psychoéducateur, psychothérapeute et travailleur social	Non couverts	Frais admissibles de 100 $ par visite, remboursement maximal de **900 $** par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels	Frais admissibles de 100 $ par visite, remboursement maximal de **1 800 $** par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels

Assurance soins dentaires

Participation facultative

	Protection de base (Option 1)	Protection enrichie (Option 2)
	Période minimale de participation avant de pouvoir réduire la protection choisie : 36 mois, sous réserve des dispositions prévues au tableau Règles de modifications du présent document.	
Frais de prévention	80 % (1 examen par 9 mois)	80 % (1 examen par 9 mois)
Frais de restauration de base	80 %	80 %
Frais d'endodontie, de parodontie, ajustement et réparations de prothèses	Non couverts	80 %
Maximum de remboursement	1 000 $ par année civile	1 000 $ par année civile
Franchise annuelle	Aucune	Aucune

1. Vous pouvez vous exempter de l'assurance maladie à la condition d'être assuré en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des garanties similaires. | 2. Les frais admissibles sont les frais raisonnablement justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région. | 3. Au 1er juillet 2025, la contribution annuelle maximale fixée par le RGAM était de 1 232 $. | 4. Le pourcentage de remboursement et le déboursé maximal seront ajustés au 1er janvier de chaque année selon le déboursé du RGAM déterminé au 1er juillet précédant. | 5. Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par Beneva. La personne assurée ne peut obtenir plus d'un traitement ou d'une consultation par jour avec un même professionnel de la santé. | 6. La RSA a adopté une recommandation à l'effet de mandater le Comité fédéral des assurances et des régimes de retraite (CFARR) pour analyser les demandes éventuelles de remboursement des orthopédagogues ne faisant pas partie de l'ADOQ dans des circonstances exceptionnelles. Communiquez avec votre syndicat pour connaitre la marche à suivre.

Assurance vie de la personne adhérente incluant assurance maladies graves

Participation facultative

• **Personne adhérente de moins de 70 ans**	1 fois le salaire annuel (minimum 75 000 $) ou 2 fois le salaire annuel (minimum 75 000 $), au choix de la personne adhérente Réduction de 50 % à l'âge de 65 ans
• **Personne adhérente de 70 ans et plus**	10 000 $
Assurance maladies graves	Jusqu'à 25 000 $ viager. Des exclusions peuvent s'appliquer en présence de conditions préexistantes

Lors de la réduction du montant d'assurance vie de base à 70 ans, il est possible de transférer le montant perdu en assurance vie additionnelle, jusqu'à concurrence de 2 tranches de 25 000 $, si ces montants ne sont pas déjà utilisés.

Assurance vie des personnes à charge

Participation facultative

• **Personne conjointe de moins de 65 ans**	10 000 $
• **Personne conjointe de 65 ans ou plus**	5 000 $
• **Enfant à charge**	5 000 $

Assurance vie additionnelle

Participation facultative

Personne adhérente et personne conjointe de moins de 70 ans	De 1 à 10 tranches de 25 000 $
Personne adhérente et personne conjointe de 70 ans ou plus NOUVEAU	De 1 à 2 tranches de 25 000 $

L'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance vie selon l'âge de la personne assurée au moment de son décès.

Assurance invalidité de courte durée

Participation obligatoire
Personnes employées du secteur privé et toutes les personnes ou catégories de personnes acceptées par la FNEEQ

Délai de carence :	
• Collège LaSalle	25 jours
• Chargés d'enseignement/ Université Laval	180 jours
• Collège Trinité et Collège Universel	14 jours
• ITHQ et ITAQ	52 semaines
• Autres établissements	30 jours
Période maximale de prestations	24 mois
Montant de la prestation	**75 %** du salaire net
Indexation	Selon RRQ, maximum de 3 %
Prestations non imposables	

Assurance invalidité de longue durée

Participation facultative et obligatoire par la suite

Délai de carence	104 semaines + congés de maladie
Période maximale de prestations	Jusqu'à 65 ans
Montant de la prestation	**75 %** du salaire net
Indexation	Selon RRQ, maximum de 6 %
Propre occupation	Jusqu'à 65 ans
Prestations non imposables	

Pour les employés non permanents, l'adhésion est d'abord facultative puis devient obligatoire à la date de début du contrat suivant l'atteinte de 3 ans d'ancienneté, selon la liste d'ancienneté officielle, à partir du premier contrat admissible.

Droit de renonciation

Vous vous demandez si vous pouvez mettre fin à votre assurance invalidité de longue durée ?

Toute personne employée peut exercer son droit de renonciation à la garantie d'assurance invalidité de longue durée dans les deux ans précédent la date à laquelle elle devient admissible à la rente de retraite de l'employeur sans réduction.

Pour les personnes employées visées par les annexes III et IV, ce droit de renonciation peut être exercé à compter de leur 58e anniverssaire de naissance ou à la date à laquelle elles ont accumulé 33 années de service.

Renseignements complémentaires

Assurance voyage

Depuis novembre 2020, des modifications ont été apportées à l'assurance voyage selon le niveau d'avertissement émis par le Gouvernement du Canada. Entre autres, votre contrat prévoit que, pour une destination visée par un avis « d'éviter tout voyage non essentiel », la couverture est limitée à 30 jours.

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 Canassistance, l'assistant voyage de Beneva, qui vous fournira des renseignements au sujet de votre admissibilité ainsi que des conseils spécifiques à votre destination de voyage.

Pour joindre Canassistance

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

Veuillez prendre note que certaines exclusions s'appliquent, notamment lorsqu'il s'agit d'un voyage au cours duquel une personne enseignante accompagne des étudiants dans le cadre de ses fonctions.

Tarification

Taux de primes par période de 14 jours
Du 1er janvier au 31 décembre 2026

Assurance maladie*

Plan de protection	Protection de base (Module A)	Protection régulière (Module B)	Protection enrichie (Module C)
Personne adhérente de moins de 65 ans			
Individuel	60,95 $	88,34 $	113,07 $
Monoparental	91,43 $	132,50 $	169,60 $
Familial	146,28 $	212,01 $	271,37 $
Personne adhérente de 65 ans ou plus inscrite à la RAMQ			
Individuel	22,32 $	32,35 $	41,41 $
Monoparental	33,48 $	48,53 $	62,11 $
Familial	53,57 $	77,64 $	99,38 $
Personne adhérente de 65 ans ou plus non inscrite à la RAMQ | Prime additionnelle pour les médicaments			
Individuel		164,38 $	
Monoparental		164,38 $	
Familial		328,79 $	

* La part de l'employeur, s'il y a lieu, doit être déduite de la prime indiquée pour la garantie d'assurance maladie.

Assurance soins dentaires

Plan de protection	Protection de base (Option 1)	Protection enrichie (Option 2)
Individuel	13,41 $	17,84 $
Monoparental	25,49 $	33,90 $
Familial	32,19 $	42,82 $

	Taux requis	Taux avec congé de primes de 50 %
Assurance vie de base de la personne adhérente (taux par 1 000 $ d'assurance)	0,0568 $	0,0284 $
Assurance maladies graves de la personne adhérente	1,67 $	0,84 $
Assurance vie des personnes à charge	0,59 $	0,30 $

Assurance invalidité de courte durée

(taux par 1 000 $ de salaire)

Université Laval	0,279 $
Collège Lasalle	0,500 $
Collège Trinité et Collège Universel	0,570 $
ITHQ et ITAQ	0,113 $
Autres collèges et universités	0,468 $

Assurance invalidité de longue durée

	Taux requis
Taux par 1000 $	0,440 $

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

(taux par 1 000 $ d'assurance)

Groupe d'âge	Homme		Femme	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeuse	Fumeuse
	Taux avec congé de primes de 50 %			
Moins de 25 ans	0,009 $	0,013 $	0,005 $	0,006 $
De 25 à 29 ans	0,009 $	0,013 $	0,005 $	0,006 $
De 30 à 34 ans	0,009 $	0,013 $	0,005 $	0,006 $
De 35 à 39 ans	0,012 $	0,015 $	0,006 $	0,007 $
De 40 à 44 ans	0,017 $	0,025 $	0,009 $	0,013 $
De 45 à 49 ans	0,028 $	0,040 $	0,013 $	0,019 $
De 50 à 54 ans	0,042 $	0,063 $	0,024 $	0,029 $
De 55 à 59 ans	0,067 $	0,104 $	0,036 $	0,057 $
De 60 à 64 ans	0,113 $	0,164 $	0,056 $	0,084 $
De 65 à 69 ans	0,156 $	0,255 $	0,088 $	0,131 $
70 à 74 ans	0,276 $	0,396 $	0,143 $	0,184 $
75 ans et plus	0,627 $	0,673 $	0,376 $	0,396 $

Des preuves d'assurabilité sous forme de déclaration de santé doivent être fournies pour l'assurance vie additionnelle.
La taxe de vente de 9 % doit être ajoutée à ces primes.

Règles de modifications de vos choix de protection NOUVEAU

À compter du 1er janvier 2026, vous pouvez **augmenter** vos protections d'assurance maladie et de soins dentaires en tout temps. Vous pouvez **réduire** ces protections une fois que la période minimale de participation de 36 mois est atteinte ou dans les 30 jours d'un événement de vie admissible.

Événements de vie admissibles : l'acquisition de la permanence, un mariage, une séparation, le décès de la personne conjointe ou d'un enfant, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant.

Le tableau suivant résume les règles de modifications des choix de protection.

Modifications souhaitées	
Augmenter ma protection d'assurance maladie ou de soins dentaire	Possible en tout temps.
Adhérer à la protection d'assurance soins dentaires	Possible en tout temps.
Réduire ma protection d'assurance maladie ou de soins dentaires	Possible si vous avez accumulé au moins **36 mois de participation** au niveau de protection que vous détenez ou dans les **30 jours d'un événement de vie** admissible.
Adhérer à l'assurance vie de base (adhérent et personnes à charge)	Possible en tout temps, sujet à l'approbation des preuves d'assurabilité par Beneva.
Augmenter mon assurance vie	Possible en tout temps, sujet à l'approbation des preuves d'assurabilité par Beneva.
Réduire ou annuler ma protection d'assurance vie	Possible en tout temps.

Demandes de prestations

Indiquez toujours vos numéros de contrat et d'identification inscrits sur votre carte de services.
Pour accélérer le traitement de vos demandes, inscrivez-vous au dépôt direct.

• **Assurance maladie**	
– Médicaments	Présentez votre carte de paiement direct au pharmacien. Vous ne déboursez que pour la partie non assurée des médicaments.
– Autres frais de soins médicaux	Faites vos réclamations en ligne en utilisant votre Espace client ou sur l'application mobile de Beneva, qui peut être téléchargée gratuitement dans App Store ou Google Play.
• **Assurance soins dentaires**	Présentez votre carte de paiement direct à votre dentiste. Vous ne déboursez que pour la partie non assurée des soins.
• **Assurance invalidité**	Faites votre réclamation en ligne en utilisant votre Espace client ou sur l'application mobile de Beneva, qui peut être téléchargée gratuitement dans App Store ou Google Play.
• **Assurance vie et assurance maladies graves**	Communiquez directement avec Beneva afin d'obtenir les formulaires requis.

beneva

**Des questions ? Accédez en tout temps à votre Espace client.
Il comporte de nombreux renseignements sur vos protections et sur vos demandes de prestations.**

Pour les heures d'ouverture, consultez le beneva.ca
Service à la clientèle de Beneva **1 800 463-4856**
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

beneva.ca

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.

P280 (2025-09)