Votre régime d’assurance collective

Survol de vos protections

Ce document présente la variété de protections offertes par votre régime d’assurance collective. Conservez-le précieusement !

Santé

Pour vos besoins en matière de soins de santé.

À moins d'indication contraire, les maximums s'appliquent par personne assurée, par année civile.

Assurance maladie	
Médicaments admissibles	Médicaments nécessitant une ordonnance[1]
Franchise par prescription	5 $
Remboursement	Médicaments génériques : 100 % Médicaments d'origine (avec équivalent générique) : jusqu'au prix du générique Médicaments uniques (sans équivalent générique) : 80 %
Déboursé annuel maximal pour les médicaments	Maximum annuel de la RAMQ[2] (une fois atteint, remboursement à 100 %)

(1) Certaines exclusions s'appliquent, comme les médicaments qui traitent l'obésité, la dysfonction érectile ou le tabagisme. Les médicaments antitabac couverts par la RAMQ sont toutefois admissibles.

(2) Le déboursé annuel maximal pour les médicaments, par année civile, par adulte, est établi par la RAMQ. Il est ajusté au 1er juillet de chaque année. Les montants déboursés pour les enfants sont pris en compte dans le montant maximal de l'employé. La franchise par prescription est prise en compte dans le calcul du déboursé annuel maximal.

Consultez l'annexe pour obtenir des exemples de remboursements de médicaments.

Assurance maladie (suite)	
Hospitalisation	Remboursement de 100 % Chambre semi-privée
Services paramédicaux	Remboursement de 80 % Maximum admissible de 750 $ pour chacun des sept groupes de spécialistes (600 $ remboursés) :
Groupes de spécialistes paramédicaux admissibles	Groupe 1 : Audiologiste, audiométriste, thérapeute de l'ouïe Groupe 2 : Ergothérapeute Groupe 3 : Orthophoniste, thérapeute de la parole Groupe 4 : Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique Groupe 5 : Psychologue, psychanalyste, psychoéducateur, psychothérapeute, travailleur social Groupe 6 : Podiatre, podologue Groupe 7 : Acupuncteur, chiropracticien, diététiste, homéopathe, inhalothérapeute, kinésithérapeute, massothérapeute, naturopathe, ostéopathe

Consultez l'annexe pour en savoir plus sur les maximums admissibles pour les services paramédicaux.

Qu'est-ce qu'une franchise par prescription ?

Il s'agit d'un montant à payer avant de recevoir un remboursement de votre régime. Ce montant s'applique à l'achat ou au renouvellement de chaque médicament inscrit sur l'ordonnance de votre médecin.

Qu'est-ce qu'un médicament générique ?

Les médicaments génériques comportent les mêmes ingrédients actifs que les médicaments d'origine. Ils sont tout aussi efficaces et rigoureusement validés par Santé Canada, mais ils coûtent moins cher. Le remboursement des médicaments d'origine se fait donc en fonction du prix de l'équivalent générique le moins cher.

Consultez l'annexe pour obtenir des astuces pour économiser sur vos coûts.

Assurance maladie (suite)	
Soins de la vue Examen de la vue Lunettes et lentilles cornéennes	Remboursement de 100 % Maximum de 80 $ par année Maximum de 250 $ par 24 mois
Autres soins de santé Frais de laboratoire et radiographies Chaussures orthopédiques Prothèse auditive Soins infirmiers Autres soins	Remboursement de 90 % Couverts, aucun maximum ne s'applique Maximum d'une paire par année, jusqu'à 150 $ admissibles Maximum admissible de 500 $ par 36 mois Maximum payable de 20 000 $ par année Certains maximums s'appliquent
Voyage Soins d'urgence hors province et assistance à l'étranger	Remboursement de 100 % Maximum de 1 000 000 $ par année Maximum de six mois consécutifs de voyage
Fin de la couverture	À la retraite

Soins dentaires

Pour vous aider à garder un sourire en santé.

À moins d'indication contraire, les maximums s'appliquent par personne assurée, par année civile.

Franchise annuelle	50 $ par certificat (une seule franchise s'applique, peu importe votre statut d'assurance : individuel ou famille)
Soins préventifs (examen de rappel tous les neuf mois, nettoyage)	Remboursement de 100 %
Soins de base (plombage, traitement de canal, endodontie, parodontie, extraction)	Remboursement de 80 %
Soins majeurs (couronne, pont, prothèse fixe ou amovible)	Remboursement de 50 %
Maximum combiné pour tous les soins	2 000 $
Orthodontie	Non couverte
Fin de la couverture	À la retraite

Consultez l'annexe pour obtenir des exemples de remboursements détaillés.

Invalidité

Pour protéger votre sécurité financière en vous procurant un revenu si vous êtes incapable de travailler en raison d'une blessure ou d'une maladie.

Invalidité de courte durée (ICD)	
Début du versement des prestations[3]	Après 5 jours ouvrables (délai de carence)
Prestations versées[3]	55 % des premiers 500 $ du salaire hebdomadaire brut + 45 % de l'excédent
Maximum hebdomadaire	2 300 $
Durée maximale des prestations	16 semaines
Statut fiscal	Prestations non imposables
Fin de la couverture	À la retraite ou à l'âge de 70 ans, selon la première éventualité

(3) Selon les dispositions de la convention collective, vous pouvez utiliser votre banque de maladie pour couvrir les cinq premiers jours d'attente (délai de carence) avant de recevoir des prestations, puis par la suite, compenser la perte de revenu entre le montant versé par l'assureur et votre salaire.

Consultez l'annexe pour comprendre comment les prestations sont calculées et quand elles débutent.

Invalidité de longue durée (ILD)	
Début du versement des prestations	Après la fin de l'invalidité de courte durée
Prestations versées	66,67 % du salaire mensuel brut jusqu'au MGA[4] + 40 % de l'excédent
Maximum mensuel	10 000 $
Indexation des prestations	Non
Statut fiscal	Prestations non imposables
Fin de la couverture	À la retraite ou à l'âge de 65 ans, selon la première éventualité

(4) Le maximum des gains admissibles (MGA) est établi annuellement par la Régie des rentes du Québec (RRQ).

Consultez l'annexe pour comprendre comment les prestations sont calculées.

Vie et Décès et mutilation accidentels (DMA)

Pour un soutien financier en cas de décès ou d'accident entraînant la perte de l'usage d'un membre ou une blessure.

Assurance vie et DMA de base de l'employé		
Couverture	**Assurance vie**	**Assurance DMA**
Montant d'assurance	1 fois le salaire Maximum de 300 000 $	1 fois le salaire Maximum de 300 000 $
Fin de la couverture	À la retraite ou à l'âge de 70 ans, selon la première éventualité	À la retraite ou à l'âge de 70 ans, selon la première éventualité

Assurance vie de base des personnes à charge	
Montant d'assurance	5 000 $ pour la personne conjointe 2 000 $ pour chaque enfant à charge admissible
Fin de la couverture	Au moment de votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première éventualité

Assurance vie et DMA additionnelles de l'employé (vous pouvez choisir ou non ces couvertures)		
Couverture	**Assurance vie avec preuve d'assurabilité**	**Assurance DMA**
Montant d'assurance	1 fois le salaire Maximum de 700 000 $, combiné à l'assurance vie facultative	1 fois le salaire Maximum de 700 000 $, combiné à l'assurance DMA facultative
Fin de la couverture	À la retraite ou à l'âge de 70 ans, selon la première éventualité	À la retraite ou à l'âge de 70 ans, selon la première éventualité

Assurance vie et DMA facultatives de l'employé (vous pouvez choisir ou non ces couvertures)		
Couverture	**Assurance vie avec preuve d'assurabilité**	**Assurance DMA**
Montant d'assurance	1, 2, 3, ou 4 fois le salaire Maximum combiné à l'assurance vie additionnelle	1, 2, 3, ou 4 fois le salaire Maximum combiné à l'assurance DMA additionnelle
Fin de la couverture	À la retraite ou à l'âge de 65 ans, selon la première éventualité	À la retraite ou à l'âge de 70 ans, selon la première éventualité

Pourquoi choisir une couverture d'assurance vie ou DMA additionnelle ou facultative ?

Le régime vous permet d'augmenter votre niveau de protection selon vos besoins et ceux de votre famille.
Prenez un moment pour évaluer votre situation pour déterminer si la couverture de base vous convient.
Voici quelques exemples de situation où une protection supplémentaire pourrait être pertinente :

- Votre famille dépend de vous financièrement ou vous êtes la principale source de revenu de votre ménage.
- Vous souhaitez mieux protéger vos bénéficiaires en cas de décès.
- Vous avez un prêt hypothécaire ou d'autres dettes importantes à rembourser.
- Vous ne détenez pas d'assurance vie personnelle, seulement celle offerte par Groupe TVA.

Des preuves d'assurabilité peuvent être requises par l'assureur au moment de souscrire ces couvertures.

Vous désirez obtenir plus d'information au sujet de votre régime d'assurance collective ?

Votre profil personnel en ligne
desjardinsassurancevie.com
onglet Particuliers – Assurance collective

- Service de dépôt direct
- Carte de paiement direct
- À votre santé 360°
- Formulaires de demandes de remboursement
- Demandes de prestations en ligne
- Historique de vos réclamations
- Relevés pour fins d'impôt

Desjardins Assurances au qmi@dsf.ca

> N'oubliez pas d'indiquer vos numéros de contrat et de certificat

Desjardins Assurances
1 855 258-1764
de 8 h à 17 h (partout au Canada)

- Information sur le régime
- Obtenir un état des demandes de remboursement
- Connaître les frais médicaux et dentaires admissibles
- Obtenir de l'aide sur la navigation du *Portail des adhérents*

Centre de services ressources humaines (CSRH)
de Québecor et ses filiales
514 370-7474
rh.hr@tva.ca

- Changer votre adresse de résidence
- Changer votre statut d'assurance
- Désigner ou modifier un bénéficiaire

Information complémentaire

Numéro de contrat : **888143**

Statut d'assurance

Votre statut d'assurance peut être différent pour l'assurance maladie et les soins dentaires.

Les statuts d'assurance offerts sont les suivants :

Individuel
Protection pour vous seulement

Famille
Protection pour vous et vos personnes à charge

Exemption
Aucune protection de soins médicaux et dentaires (sous preuve de couverture avec votre personne conjointe)

Des exclusions et des restrictions peuvent s'appliquer. Elles sont décrites dans la brochure officielle préparée par l'assureur du régime. Ce document a été préparé à l'intention des employés et ne remplace pas la brochure officielle préparée par l'assureur du régime. Si l'information présentée dans ce document diffère de la brochure officielle, cette dernière prévaut.

Novembre 2025

ANNEXE

Ce document a été conçu pour vous aider à mieux comprendre certains aspects de votre régime d'assurance collective et les remboursements qu'il offre. Vous y trouverez des exemples concrets pour les médicaments, les services paramédicaux, les soins dentaires et les prestations d'invalidité.

Médicaments

Est-ce que tous les médicaments sont admissibles à un remboursement ?

Les médicaments qui nécessitent l'ordonnance d'un médecin sont admissibles à un remboursement. Certaines exclusions s'appliquent, comme les médicaments qui traitent l'obésité, la dysfonction érectile ou le tabagisme. Les médicaments antitabac couverts par la RAMQ sont toutefois admissibles.

- **Utilisez le simulateur de coûts de Desjardins Assurances** accessible dans votre Espace adhérent ou l'application Omni (section « Simulateur de coûts – Couverture médicaments ») **pour vérifier la couverture d'un médicament.**

Quel est le pourcentage de remboursement ?

Le pourcentage de remboursement **varie selon le type de médicament** :

- Les médicaments génériques sont remboursés à 100 %
- Les médicaments d'origine pour lesquels un équivalent générique existe sont remboursés jusqu'au prix de l'équivalent générique le moins cher
- Les médicaments uniques, c'est-à dire ceux sans équivalent générique, sont remboursés à 80 %

Exemples de remboursement

	Vous achetez le **médicament générique**	Vous achetez le **médicament d'origine** pour lequel il **existe une version générique**
Montant de votre facture pour votre médicament	55 $	105 $
Montant admissible à un remboursement	**55 $**	~~105 $~~ → **55 $** (montant admissible pour l'équivalent générique)
Franchise	5 $	5 $
Remboursement	**50 $** (55 $ - 5 $ de franchise)	**50 $** (montant admissible, moins la franchise)
Coût payé par vous	**5 $** (franchise seulement)	**55 $** (coût excédentaire au coût du générique, plus la franchise)

Puisqu'il existe une version générique du médicament d'origine, le remboursement est basé sur le prix de l'équivalent générique

*En pharmacie, demandez si une version générique de votre médicament existe afin de limiter vos coûts. Lisez la page suivante pour d'autres astuces pour **économiser sur l'achat de vos médicaments.***

	Vous achetez un **médicament unique** pour lequel **il n'existe pas de version générique**
Montant de votre facture pour votre médicament	155 $
Montant admissible à un remboursement	**155 $**
Franchise	5 $
Remboursement	**120 $** (155 $ [montant admissible] - 5 $ [franchise] = 150 $) (150 $ x 80 % = 120 $)
Coût payé par vous	**35 $** (155 $ [montant de la facture] – 120 $ [remboursement] = 35 $)

Dans quel contexte la franchise par prescription s'applique-t-elle ?

Une franchise par prescription de 5 $ s'applique **à l'achat ou au renouvellement de chaque médicament** inscrit sur l'ordonnance de votre médecin. Par exemple, si votre médecin vous prescrit trois médicaments, la franchise par prescription s'appliquera sur chaque médicament au moment d'aller les récupérer en pharmacie. Vous payerez donc 15 $ de franchise chaque fois que vous irez les renouveler, le cas échéant. Consultez les trucs et astuces ci-dessous pour économiser sur la franchise.

Trucs et astuces pour économiser

Découvrez la capsule de Pierre-Oliver Zappa qui vous ouvre la porte sur une série de courtes vidéos remplies de conseils pratiques pour prendre soin de vous, utiliser le régime de façon responsable et économiser !

Renouvelez vos médicaments pour 90 jours

Si vous prenez des médicaments sur une base régulière, demandez-en une provision pour 90 jours au lieu de 30 jours. **Vous paierez la franchise par prescription une seule fois** plutôt que trois. **Vous économiserez aussi sur les frais d'exécution d'ordonnance** en plus de limiter vos visites en pharmacie.

Visionnez cette capsule pour découvrir comment économiser en optant pour une provision de médicaments de 90 jours.

Certains médicaments, comme les substances contrôlées, ne peuvent pas être renouvelés pour une période de 90 jours.

Magasinez votre pharmacie

Le prix des médicaments d'ordonnance peut varier d'une pharmacie à l'autre (et d'une succursale à l'autre, même lorsqu'elles appartiennent à une même bannière). Tenez compte du service obtenu et **magasinez les meilleurs prix**.

Visionnez cette capsule pour en apprendre avantage sur comment économiser en magasinant sa pharmacie.

Utilisez le simulateur de Desjardins Assurances accessible dans votre Espace adhérent ou l'application Omni (section « Simulateur de coûts – Couverture médicaments ») pour vérifier la couverture d'un médicament et comparer les prix, incluant les options génériques. Un outil simple pour mieux gérer vos dépenses en pharmacie.

Optez pour la version générique du médicament

Demandez s'il existe une version générique du médicament prescrit. Le générique comporte les mêmes ingrédients actifs que le médicament d'origine et il est soumis aux mêmes exigences de Santé Canada. **Il est donc tout aussi efficace et sûr, mais il coûte moins cher.**

Le régime rembourse 100 % du coût des médicaments génériques (moins la franchise par prescription de 5 $).

Visionnez cette capsule pour en savoir plus sur les médicaments génériques.

Respectez la posologie

Évitez le gaspillage et l'achat d'ordonnances additionnelles en respectant la dose prescrite et en entreposant vos médicaments adéquatement.

Visionnez cette capsule pour comprendre l'incidence de ne pas le faire.

Visionnez cette capsule qui résume tous les trucs et astuces pour économiser sur vos médicaments.

Visionnez cette capsule qui démontre pourquoi prendre soin de notre santé peut réduire le besoin de médicaments.

Services paramédicaux

Le régime d'assurance collective couvre plusieurs services paramédicaux, comme les psychologues, les physiothérapeutes, les chiropraticiens, etc.

- Le **maximum annuel admissible** est de 750 $ combiné pour chacun des sept groupes de spécialistes.
- Le remboursement est de **80 % du montant admissible.**

Attention ! Si le **montant facturé est supérieur aux frais raisonnables et coutumiers** généralement acceptés dans la région, la **portion excédentaire ne sera pas remboursée.** Ceci est une pratique standard des assureurs pour encadrer les écarts de prix déraisonnables.

Pourquoi le remboursement est-il limité à 600 $ par groupe de spécialistes ?

Le **maximum annuel admissible** de 750 $ est le **montant maximal de frais que l'assureur considère pour le calcul du remboursement.**

- Le remboursement est de 80 % du montant total admissible, soit 80 % x 750 $ = 600 $ pour l'année.

Le maximum annuel admissible s'applique **par année civile, par personne assurée**. Autrement dit, 750 $ admissibles pour vous, 750 $ admissibles pour votre personne conjointe et 750 $ admissibles pour chaque enfant admissible à votre charge.

> ### Exemple de remboursement
>
> Vous consultez un psychologue plusieurs fois dans l'année.
>
> - 1re visite : 145 $ (frais admissibles) x 80 % (pourcentage de remboursement) = 116 $.
> - 2e visite à 5e visite : 145 $ (frais admissibles) x 80 % (pourcentage de remboursement) = 116 $.
> - 6e visite : vous avez déjà atteint 725 $ de frais admissibles avec vos 5 premières visites.
>
>   Il reste donc 25 $ de frais admissibles. Le remboursement sera de 25 $ x 80 % = 20 $.
>
> Vous aurez reçu un **remboursement total de 600 $** (750 $ de frais admissibles x 80 %).

Visionnez cette capsule pour découvrir des **conseils simples pour une utilisation judicieuse** des services paramédicaux.

Soins de la vue

Le régime d'assurance collective couvre les examens de la vue, ainsi que les lunettes ou lentilles cornéennes.

- Le pourcentage de remboursement est de **100 %.**
- Le maximum admissible pour les examens de la vue est de **80 $ par année civile.**
- Le **maximum admissible combiné** pour les lunettes et les lentilles cornéennes est de **250 $ par 24 mois.**

Les maximums s'appliquent **par année civile, par personne assurée** (vous, votre personne conjointe et chaque enfant admissible à votre charge).

Par exemple, si vous achetez de nouvelles lunettes au coût de 500 $, **le maximum admissible est limité à 250 $** et le remboursement sera de 250 $ (250 $ x 100 %).

Soins dentaires

Le régime d'assurance collective couvre les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs.
Les soins orthodontiques ne sont pas couverts.

- Une **franchise de 50 $ par certificat** s'applique, peu importe votre statut d'assurance : individuel ou famille.
- Le **pourcentage de remboursement** varie selon le type de soins.
- Le **maximum annuel combiné de remboursement** est de **2 000 $.**

Le maximum annuel combiné s'applique **par année civile, par personne assurée** (vous, votre personne conjointe et chaque enfant admissible à votre charge).

> ### Exemple de remboursement
>
> - Vous recevez un traitement de canal au coût de 600 $.
> - La **franchise par certificat de 50 $ est appliquée** à cette première réclamation.
> - Calcul du remboursement :
>   600 $ – 50 $ (franchise par certificat) = 550 $
>   **Montant remboursé = 440 $**
>   550 $ x 80 % (pourcentage de remboursement applicable à ce type de soins) = 440 $

Ce montant s'applique à votre propre maximum annuel combiné de 2 000 $. Il vous reste donc 1 560 $ (2 000 $ – 440 $) jusqu'à la fin de l'année civile pour vos autres réclamations de soins dentaires. Si vous ou une autre personne à votre charge réclame des soins dentaires dans la même année, il n'y aura pas de franchise comme vous l'aurez déjà payée.

La franchise de 50 $ n'est appliquée qu'une seule fois par année, peu importe votre statut d'assurance : individuel ou famille.

Invalidité de courte durée (ICD)

L'assurance invalidité de courte durée vous protège en cas d'incapacité à travailler en vous procurant un certain pourcentage de votre salaire de base durant votre absence.

Début du versement des prestations (« délai de carence »)

Les **cinq premiers jours d'absence complets ne sont pas compensés** par l'assurance invalidité de courte durée. Il s'agit de la période d'attente avant de recevoir des prestations (souvent appelée **« délai de carence »).**

Vous pouvez **utiliser votre banque** de maladie pour **couvrir les cinq premiers jours** d'attente (délai de carence) avant de recevoir des prestations.

Exemple de calcul du « délai de carence » de cinq jours ouvrables

Le délai de carence correspond à **cinq jours ouvrables complets d'absence**, selon votre **horaire habituel**. Une journée partiellement travaillée (p.ex. si vous quittez en après-midi) ne compte pas dans ce calcul. Par exemple :

- Vous travaillez habituellement du **lundi au vendredi.**
- Vous vous présentez au travail le **vendredi**, mais quittez en raison d'un malaise en **milieu de journée.**
- Comme vous avez travaillé une partie de la journée, le **vendredi ne compte pas** dans le délai de carence. Si vous quittez avant d'avoir effectué la moitié de vos heures de travail, les heures restantes seront déduites de votre banque de maladie. Si vous avez effectué au moins la moitié, l'employeur vous paiera le reste de la journée. Dans tous les cas, cette journée ne comptera pas dans le délai de carence.
- Le délai commence donc le **lundi suivant**, soit votre prochain jour prévu à l'horaire.
- Vos cinq jours de carence seront alors : lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi.
- Si votre invalidité se poursuit, vos prestations commenceraient le lundi suivant, selon votre horaire de travail habituel (sous réserve que votre absence soit justifiée).

Prestations versées

Lorsqu'une absence admissible dure plus de cinq jours ouvrables, vous pouvez commencer à recevoir les prestations hebdomadaires suivantes :

- 55 % des premiers 500 $ de votre salaire hebdomadaire brut, plus 45 % de l'excédent, jusqu'à un maximum de 2 300 $ par semaine.
- Les prestations versées sont **non imposables.**

Vous pouvez utiliser votre **banque de maladie** pour **compenser la perte de revenu** entre le montant versé par l'assureur et votre salaire.

Exemple de prestations versées

Taux horaire	Horaire de travail par semaine	Salaire mensuel brut[5]	Prestations d'ICD hebdomadaire (non imposables)
30 $/heure	40 h (5 jours à 8 h)	1 200 $	590 $
40 $/heure	40 h (5 jours à 8 h)	1 600 $	770 $
50 $/heure	40 h (5 jours à 8 h)	2 000 $	950 $

(5) Taux horaire x nombre d'heures par semaine = salaire hebdomadaire. Le salaire admissible aux prestations exclus les heures supplémentaires.

Exemple du calcul des prestations versées pour une personne qui travaille 40 heures par semaine à un taux horaire de 40 $/heure

Cette personne reçoit :

- **55 % des premiers 500 $ = 275 $**
  0,55 x 500 $ = 275 $
- **Plus 45 % de l'excédent = 495$**
  Excédent = salaire hebdomadaire – les premiers 500 $
  = (40 $/h x 40 heures/semaine = 1 600 $) – 500 $
  = 1 600 $ – 500 $ = 1 100 $
  0,45 x 1 100 $ = 495 $
- **Total des prestations = 275 $ + 495 $ = 770 $ par semaine**

Vous pouvez **utiliser votre banque** de maladie pour **compenser la perte de revenu** entre le montant versé par l'assureur et votre salaire.

Invalidité de longue durée (ILD)

Lorsqu'une absence admissible pour maladie (ou accident) se prolonge au-delà de la période d'invalidité de courte durée, l'assurance invalidité de longue durée prend le relai.

Prestations versées

- 66,67 % du salaire mensuel brut, jusqu'au maximum des gains admissibles (MGA), plus 40 % de l'excédent, jusqu'à un maximum de 10 000 $ par mois.
- Les prestations versées sont **non imposables.**

Le **maximum des gains admissibles (MGA)** utilisé dans le calcul des prestations est **établi annuellement par la Régie des rentes du Québec (RRQ).** Le montant pour 2025 s'élève à 71 300 $, soit 5 942 $ par mois.

Exemple de prestations versées

Taux horaire	Horaire de travail par semaine	Salaire mensuel brut[6]	Prestations d'ILD mensuelles (non imposables)
30 $/heure	40 h (5 jours à 8 h)	5 200 $	3 467 $, versés en deux paiements[7]
40 $/heure	40 h (5 jours à 8 h)	6 933 $	4 358 $, versés en deux paiements[7]
50 $/heure	40 h (5 jours à 8 h)	8 667 $	5 052 $, versés en deux paiements[7]

(6) Taux horaire x nombre d'heures par semaine x 52 semaines ÷ 12 mois = salaire mensuel. Le salaire admissible aux prestations exclus les heures supplémentaires.

(7) L'assureur arrondi la prestation au dollar supérieur. Le versement des prestations a lieu le 1er et le 16 de chaque mois d'invalidité totale.

Exemple du calcul des prestations versées pour une personne qui travaille 40 heures par semaine à un taux horaire de 40 $/heure

Cette personne reçoit :

- **66,67 % du salaire mensuel brut jusqu'au MGA**
  - Prestations sur la portion jusqu'au MGA = 3 962 $
    (comme le salaire mensuel de 6 933 $ dépasse le MGA [5 942 $], ce dernier montant est utilisé)
  - 66,67 % x 5 942 $ (MGA 2025) = 3 962 $
- **Plus 40 % de l'excédent**
  - Prestations sur l'excédent = 396 $
  - Excédent = salaire mensuel – MGA
    = 6 933 $ – 5 942 $ = 991 $
  - 40 % de l'excédent = 0,40 x 991 $ = 396 $
- **Total des prestations = 3 962 $ + 396 $ = 4 358 $ par mois, versés en deux paiements**
  L'assureur arrondi la prestation au dollar supérieur. Le versement des prestations a lieu le 1er et le 16 de chaque mois d'invalidité totale.

La santé mentale, c'est l'affaire de tous !

Les problèmes de santé mentale peuvent affecter chacun d'entre nous, souvent de manière progressive et discrète.

Visionnez cette capsule pour apprendre à prévenir et à reconnaître les problèmes de santé mentale.

Visionnez cette capsule pour savoir comment poser les bons gestes au bon moment.