



RÉGIME DE PRESTATIONS

**Association générale des étudiants de l'Université
Sainte-Anne**

Division : 32022

Entrée en vigueur de la version révisée :
Le 1^{er} septembre 2018

Le site Web des Services en ligne des membres du régime de GSC rend les choses rapides, pratiques et faciles.

Visitez greenshield.ca pour vous inscrire!

Votre santé. Vos récompenses.

LE PORTAIL SANTÉ
Changerpourelavie^{MC}...

ACCESSIBLE AUX SERVICES EN LIGNE

GSC PASSE AU MOBILE.
GSC à votre portée^{MC}

Icons for Apple, Google Play, and a play button.



VOICI VOTRE RÉGIME DE PRESTATIONS

À PROPOS DE CE LIVRET

Ce livret résume les prestations offertes par votre régime. Il comprend :

- une table des matières, afin de vous permettre d'accéder facilement et rapidement à l'information que vous recherchez;
- un barème des prestations qui indique les franchises, les quotes-parts et les maximums qui peuvent avoir une incidence sur le montant qui vous est versé;
- une section Définitions qui explique les termes courants utilisés dans le livret;
- des descriptions détaillées des prestations pour chaque protection prévue par votre régime de prestations collectif;
- les renseignements dont vous avez besoin pour soumettre une demande de règlement.

Nous vous encourageons à lire attentivement ce livret et à le conserver en lieu sûr afin de pouvoir le consulter au moment de soumettre vos demandes de règlement.

Vous recevrez une ou plusieurs cartes d'identification indiquant votre numéro d'identification GSC que vous devrez transcrire sur tous vos formulaires de demande de règlement et votre correspondance. Votre numéro figure au recto de la carte; il se termine par les caractères -00. Les numéros des personnes à charge sont indiqués au verso.

LES FOURNISSEURS DE VOS PRESTATIONS SONT :

Green Shield Canada (GSC)

- Médicaments sur ordonnance, soins de santé, soins dentaires et voyage

Western Life Assurance Company (Western Life)

- Prestations en cas de décès ou de mutilation accidentels

LE CENTRE DES ÉTUDIANTS GSC

Le « Centre des étudiants » est accessible depuis le site Web de GSC, à student.greenshield.ca/fr. Ce site Web offre un accès simple et rapide à tous les renseignements dont vous avez besoin. Vous pouvez notamment :

- consulter ou télécharger votre livret du régime de prestations;
- trouver des fournisseurs de soins dentaires dans votre région qui sont membres du réseau de fournisseurs de soins dentaires offrant des rabais aux étudiants (si vous bénéficiez des prestations de soins dentaires de GSC);
- trouver des fournisseurs de soins de la vue et auditifs offrant des rabais dans votre région (que vous bénéficiiez ou non des prestations de soins de la vue de GSC).

SERVICES EN LIGNE DES MEMBRES DU RÉGIME

En plus de vous donner accès à ce livret et à notre Centre de service à la clientèle, nous vous donnons accès à notre site Web sécurisé. Le libre-service du site Web de GSC rend les choses plus faciles, pratiques et efficaces. Inscrivez-vous dès aujourd'hui pour :

- visualiser votre livret du régime de prestations;
- accéder à des renseignements personnels sur vos demandes de règlement, y compris une ventilation des paiements versés;
- simuler une demande de règlement pour savoir immédiatement ce qui sera couvert;
- Soumission des demandes de règlement en ligne
- demander le dépôt direct des paiements sur votre compte bancaire;
- imprimer des formulaires de demande de règlement personnalisés et des cartes d'identification de remplacement;
- imprimer des relevés personnels d'Explication des prestations aux fins de la coordination de vos prestations;
- rechercher un médicament afin d'obtenir des renseignements se rapportant à votre propre couverture ou à celle de votre famille;
- rechercher des fournisseurs admissibles de soins dentaires, de soins paramédicaux et de soins de la vue dans une région donnée (au Canada);
- rechercher des fournisseurs de soins de la vue ou auditifs qui offrent des rabais aux membres d'un régime GSC par l'entremise de notre réseau de fournisseurs privilégiés.

NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Le Code de confidentialité de GSC assure l'équilibre entre les droits en matière de confidentialité de notre groupe, des membres du régime et des personnes à leur charge ainsi que de nos employés, d'une part, et le besoin légitime d'information nécessaire au service à la clientèle, d'autre part.

Pour consulter nos politiques et procédures de confidentialité, veuillez vous rendre à [greenshield.ca](https://www.greenshield.ca).

TABLE DES MATIÈRES

BARÈME DES PRESTATIONS	1
DÉFINITIONS	5
ADMISSIBILITÉ	7
Pour vous	7
Pour les personnes à votre charge	7
Date d'entrée en vigueur.....	7
Résiliation	7
Enfants à charge – Maintien de la couverture	7
Conversion du régime collectif – Régime d'Assistant-santé LIEN de GSC.....	8
DESCRIPTION DES PRESTATIONS	9
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ	9
Médicaments sur ordonnance.....	9
Soins de santé complémentaires	10
VOYAGES	15
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES	23
Soins de base.....	23
Soins de base étendus	23
RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	28
AVERTISSEMENT	32
PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS	33

BARÈME DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Ce barème décrit les franchises, les quotes-parts et les maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de la division indiquée sur la page de couverture du présent livret.

Des renseignements complets sur les prestations se trouvent dans la section Description des prestations du livret. Assurez-vous de lire attentivement ces pages. Elles renferment les conditions, limites et exclusions qui peuvent s'appliquer aux prestations. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens. Seules les protections spécifiques que vous avez demandées s'appliquent à vous.

Les prestations de soins de santé s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie ou à un régime provincial équivalent. Les prestations indiquées ci-dessous sont admissibles si elles sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure. Le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels, sous réserve des limites et maximums précisés ci-dessous.

Franchise : Aucune	Maximum global : Médicaments sur ordonnance – 750 \$ par année de régime Toutes les autres prestations de soins de santé – 7 500 \$ par année de régime
---------------------------	--

Votre quote-part : Médicaments sur ordonnance : 20 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance Toutes les autres prestations de soins de santé – 0 %

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Médicaments sur ordonnance – Carte de paiement direct des médicaments	750 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccin Gardasil pour les femmes de 13 à 26 ans et les hommes de 9 à 26 ans ▪ Vaccin Cervarix 	Frais raisonnables et habituels
Articles et services médicaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Chaussures <ul style="list-style-type: none"> ▪ bottes ou chaussures sur mesure ▪ orthèses plantaires sur mesure 	Frais raisonnables et habituels
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien-gorge (mastectomie) 	Frais raisonnables et habituels
<ul style="list-style-type: none"> • Bas de contention 	Frais raisonnables et habituels
<ul style="list-style-type: none"> • Autres articles et produits – Voir la section Description des prestations pour plus de détails 	Frais raisonnables et habituels

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Transport d'urgence	Frais raisonnables et habituels
Services professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> Chiropratique 	20 \$ par visite jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de régime, y compris 1 radiographie par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Massothérapie autorisée (recommandation d'un médecin ou d'un infirmier praticien requise) 	25 \$ par visite jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Naturopathie 	300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Physiothérapie 	300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Thérapie du sport 	300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Psychologie 	500 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Orthophonie 	20 \$ par visite jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de régime
Soins dentaires consécutifs à un accident	2 500 \$ par accident dentaire
Soins de la vue	
<ul style="list-style-type: none"> lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical, ou examens de la vue par un optométriste 	150 \$ par période de 2 années de régime (chaque année de régime pour les enfants à charge de 17 ans et moins)
<ul style="list-style-type: none"> examens optométriques 	Une fois tous les 2 ans, en fonction de la date de la première demande de règlement payée, sous réserve du maximum indiqué ci-dessus
Cours particuliers	
Remarque : Vos personnes à charge ne sont pas admissibles à ce service.	Cours particuliers par un professeur qualifié, jusqu'à concurrence de 15 \$ de l'heure et de 1 000 \$ par invalidité. Vous devez être confiné à la maison ou à l'hôpital pendant au moins 15 jours consécutifs pour être admissible.

Pour une description complète des prestations de soins de santé, reportez-vous à la section Description des prestations.

RÉGIME DE PRESTATIONS DE VOYAGE

Ce barème décrit les franchises, les quotes-parts et les maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de la division indiquée sur la page de couverture du présent livret.

Des renseignements complets sur les prestations se trouvent dans la section Description des prestations du livret. Assurez-vous de lire attentivement ces pages. Elles renferment les conditions, limites et exclusions qui peuvent s'appliquer aux prestations. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens. Seules les protections spécifiques que vous avez demandées s'appliquent à vous.

Ce régime de prestations collectif s'ajoute à votre régime provincial d'assurance-maladie ou à un régime provincial équivalent. Les services hospitaliers et médicaux ne sont admissibles que si votre régime provincial d'assurance-maladie contribue au paiement des services reçus. Les prestations indiquées ci-dessous sont admissibles si elles sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure. Le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels à l'endroit où les services ont été reçus.

Dans le cas des services d'urgence, le remboursement des frais admissibles au titre d'une protection sera effectué uniquement si les services sont requis d'urgence en raison d'une maladie ou de blessures qui se sont produites pendant que vous étiez en vacances ou que vous voyagez pour d'autres motifs que votre état de santé.

Le patient doit communiquer avec le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement. Le défaut de nous en informer dans les 48 heures peut entraîner la limitation des prestations aux frais engagés durant les 48 premières heures qui suivent le traitement ou l'incident, ou au maximum prévu par le régime, selon le moins élevé des deux montants.

Franchise : Sans objet	Maximum global : Sans objet
-------------------------------	------------------------------------

Quote-part : Sans objet

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Nombre maximum de jours par voyage	60 jours
Services d'urgence	5 000 000 \$ par personne couverte, par année civile
Services d'orientation	50 000 \$ par personne couverte, par année civile

Pour une description complète des prestations de voyage, reportez-vous à la section Description des prestations.

Vous prévoyez voyager plus longtemps que le nombre de jours prévu par ce régime?
 Vous trouverez l'information nécessaire sur le site Web du Centre des étudiants, à student.greenshield.ca/fr.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Ce barème décrit les franchises, les quotes-parts et les maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de la division indiquée sur la page de couverture du présent livret.

Des renseignements complets sur les prestations se trouvent dans la section Description des prestations du livret. Assurez-vous de lire attentivement ces pages. Elles renferment les conditions, limites et exclusions qui peuvent s'appliquer aux prestations. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens. Seules les protections spécifiques que vous avez demandées s'appliquent à vous.

Franchise :	Aucune
--------------------	--------

Guide des tarifs :	<p>Guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus</p> <p>Dans le cas des hygiénistes dentaires indépendants, le moins élevé des montants suivants : celui indiqué dans le guide des tarifs en vigueur de l'association provinciale des hygiénistes dentaires ou celui indiqué dans le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus</p>
---------------------------	--

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
Soins de base	0 %	750 \$ par année de régime pour les soins de base et les soins de base étendus combinés
Soins de base étendus	20 %	

Pour une description complète des prestations de soins dentaires, reportez-vous à la section Description des prestations.

DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, les définitions ci-dessous s'appliquent dans le présent livret.

Montant permis désigne, selon GSC :

- a) Médicaments – politique nationale de tarification de GSC ou frais raisonnables et habituels;
- b) Soins de santé complémentaires – frais raisonnables et habituels pour le service ou le produit, jusqu'à concurrence des montants exigés à l'endroit où les frais sont engagés pour un service ou un produit semblable.
- c) Soins dentaires – guide des tarifs indiqué dans le barème des prestations.

Année de régime désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1^{er} septembre au 31 août de chaque année.

Année civile désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

Quote-part désigne le montant admissible permis qui doit être payé par vous ou la personne à votre charge avant que le remboursement d'une dépense soit effectué.

Personne couverte désigne le membre inscrit au régime ou ses personnes à charge inscrites.

Bottes ou chaussures sur mesure désignent des bottes ou des chaussures utilisées par une personne dont l'état ne lui permet pas de porter les bottes ou chaussures normalement offertes sur le marché. La fabrication de telles bottes ou chaussures consiste à faire un moulage unique des pieds de la personne couverte et à utiliser 100 % de matières premières. (Elles sont utilisées en cas d'anomalies osseuses et structurelles des pieds et des jambes résultant de traumatismes, de maladies ou de malformations congénitales.)

Orthèse plantaire sur mesure désigne un dispositif fabriqué à partir d'un modèle en trois dimensions du pied de la personne, en utilisant des matières premières. (Ce dispositif est utilisé pour soulager la douleur liée à l'alignement biomécanique des pieds et des membres inférieurs.)

Franchise désigne le montant qui doit être payé par vous ou pour vous ou la personne à votre charge pendant toute année de régime avant que le remboursement d'une dépense admissible soit effectué.

Personne à charge désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- a) Votre conjoint, si vous êtes légalement marié, ou si vous n'êtes pas légalement marié, la personne avec qui vous vivez dans une union de fait depuis plus de 12 mois consécutifs. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat collectif;
- b) Votre enfant non marié de moins de 21 ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 25 ans s'il est inscrit à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
- d) Votre enfant non marié (peu importe son âge) devenu totalement invalide alors qu'il était admissible en vertu de la clause b) ou c) ci-dessus, invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Votre enfant (votre enfant biologique ou adopté ou l'enfant biologique ou adopté de votre conjoint) doit résider avec vous dans une relation parent-enfant ou être à votre charge (ou les deux) et ne pas occuper d'emploi régulier.

Les enfants qui étudient à plein temps dans un établissement agréé ne sont pas tenus d'habiter avec vous ni d'étudier dans votre province. Si l'établissement se trouve dans une autre province, vous devez demander à votre régime provincial d'assurance-maladie une prolongation de couverture afin que votre enfant continue d'être couvert au titre d'un régime provincial d'assurance-maladie.

Guide des tarifs désigne la liste des codes de procédure dentaire établis et maintenus par l'Association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni.

Première demande de règlement payée désigne la date réelle de prestation des services au titre de la demande de règlement initiale ou d'une demande antérieure payée par GSC.

Blessure désigne un événement inattendu ou imprévu qui survient comme une conséquence directe de l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Chaussures orthopédiques désignent les chaussures en vente libre, prêtes à porter, prescrites pour les personnes couvertes et diagnostiquées d'un trouble médical particulier qui affecte leurs pieds et nécessite des chaussures spécialisées pour traiter leur trouble ou faciliter leur mobilité. Les chaussures peuvent être modifiées ou ajustées pour s'adapter aux pieds de la personne couverte.

Membre du régime vous désigne, l'étudiant, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

Frais raisonnables et habituels désignent, de l'avis de GSC, des frais habituels du fournisseur pour le service ou le produit en l'absence d'une couverture, jusqu'à concurrence des frais en vigueur à l'endroit où ils sont perçus pour un service ou un produit semblable.

Montant versé désigne le montant facturé par un fournisseur pour un service et présenté pour remboursement dans une demande de règlement.

ADMISSIBILITÉ

Pour vous

Pour être admissible à la couverture, vous devez être un membre du régime et :

- a) être résident du Canada;
- b) être couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie;
- c) être membre ou membre du personnel de l'association étudiante indiquée sur la couverture du présent livret.

Pour les personnes à votre charge

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

- a) être couvert au titre de ce régime;
- b) veiller à ce que chaque personne à charge soit couverte par un régime provincial d'assurance-maladie.

Date d'entrée en vigueur

Votre couverture commence à la date où vous devenez admissible, avez satisfait aux critères d'admissibilité et êtes inscrit au régime.

Le promoteur de votre régime assume l'entière responsabilité de la soumission de tous les formulaires nécessaires à GSC à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de la date à laquelle vous devenez admissible.

La couverture des personnes à votre charge débutera à la même date que votre couverture.

Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) Date à laquelle vous n'êtes plus un membre ou un membre du personnel de l'association étudiante indiquée sur la couverture du présent livret;
- b) Fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- c) Date à laquelle le contrat collectif prend fin.

La couverture d'une personne à charge prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) Date à laquelle votre couverture prend fin;
- b) Date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge admissible;
- c) Fin de l'année civile où votre enfant à charge atteint l'âge limite;
- d) Fin de la période pour laquelle des primes ont été acquittées pour la couverture de la personne à charge;
- e) Date à laquelle le contrat collectif prend fin.

Enfants à charge – Maintien de la couverture

Tout enfant dont la couverture prend fin parce qu'il a atteint l'âge limite peut être admissible à une couverture continue, sous réserve des conditions suivantes :

- a) L'enfant est à votre charge en raison d'une déficience mentale ou physique survenue avant d'atteindre l'âge limite;
- b) L'enfant est invalide de façon permanente depuis cette date.

Conversion du régime collectif – Régime d'Assistant-santé LIEN de GSC

Le régime d'Assistant-santé LIEN de GSC vous offre une protection garantie (aucun questionnaire médical à remplir), à vous et à votre famille, pour les frais médicaux, dentaires et de voyage quotidiens, ainsi que pour les frais de santé imprévus.

Ce programme peut vous convenir si vous, votre conjoint ou vos enfants à charge avez perdu les prestations d'un régime de soins de santé ou dentaires collectif au cours des 90 derniers jours et êtes à la recherche d'une protection.

Cliquez [ici](#) pour faire une demande, ou communiquez avec Prosum Health Benefits Inc., au 1 800 668-2295 pour obtenir de l'aide.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Les frais indiqués ci-dessous sont admissibles, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, s'ils sont raisonnables et habituels, et s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure.

Médicaments sur ordonnance

Prestations pour les médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, selon les conditions suivantes :

- être prescrits par un praticien ou un dentiste dûment qualifié, comme la loi l'autorise; et
- nécessiter une ordonnance et comporter un numéro d'identification du médicament (DIN); et
- être réglés par paiement direct.

S'il est approuvé par GSC, ce régime comprend les médicaments comportant un numéro d'identification du médicament (DIN) qui ne nécessitent pas une ordonnance, y compris l'insuline et tous les autres produits injectables approuvés, ainsi que les fournitures connexes (seringues et aiguilles pour diabétiques, agents réactifs). En outre, ce régime comprend tous les vaccins.

Certains médicaments peuvent nécessiter une approbation préalable. Votre pharmacien connaît les médicaments qui entrent dans cette catégorie.

L'achat des médicaments d'entretien nécessaires pour le traitement des maladies chroniques devant durer toute la vie doit être effectué en tout temps en approvisionnement de 90 jours par ordonnance. L'achat des médicaments autres que ceux d'entretien peut être effectué en tout temps en approvisionnement de moins de trois mois (90 jours) par ordonnance. Toutefois, l'achat de tous les médicaments peut être effectué en approvisionnement de six mois en période de vacances et de moins de 13 mois au cours de toute période de 12 mois consécutifs.

Substitution par les médicaments génériques

Le montant remboursé équivalra au prix du médicament équivalent le moins cher, conformément à la réglementation provinciale spécifique, à moins que votre praticien ou dentiste n'ait précisé sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne peut faire l'objet d'aucune substitution.

REMARQUE :

Prestations pour les médicaments sur ordonnance pour les personnes de 65 ans ou plus : La quote-part et la franchise (le cas échéant) du régime de remboursement des médicaments de votre province de résidence **constituent** des frais admissibles.

Résidents du Québec seulement : Il incombe à l'étudiant de respecter les règlements de la RAMQ. Le régime de remboursement des médicaments de votre association étudiante ne remplace pas le régime provincial de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec); **vous devez vous inscrire au régime de la RAMQ.** Le régime de soins de santé et dentaires de l'association étudiante paie seulement les maximums précisés dans ce livret.

Les frais admissibles au titre d'une protection excluent les éléments suivants, pour lesquels aucun remboursement ne sera effectué :

- Médicaments pour le traitement de l'obésité, du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- Vitamines qui ne nécessitent pas une ordonnance;
- Dispositifs contraceptifs, autres que Mirena, Depo-Provera, Jaydess et Kyleena;
- Médicaments d'abandon du tabac et produits de substitution de la nicotine (timbres, gomme, pastilles et inhalateurs);

- e) Produits qui peuvent être légalement vendus ou offerts à la vente autrement que par les pharmacies de détail, et qui ne sont pas normalement considérés par les praticiens comme des médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire ou requise;
- f) Ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un trouble médical ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- g) Mélanges préparés par un pharmacien non conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

Soins de santé complémentaires

- 1. Articles et services médicaux :** Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, sauf indication contraire ci-dessous, remboursement des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence, le cas échéant, du montant indiqué dans le barème des prestations pour :
- a) les articles visant à faciliter la vie quotidienne, comme des lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et le matelas, des bassins de lit, des chaises d'aisance standard, des fournitures pour décubitus (personnes alitées), des tiges à soluté, des lève-personnes portables (y compris les batteries), des perroquets et des urinoirs;
 - b) les chaussures, lorsqu'elles sont prescrites par votre médecin, infirmier praticien, podiatre ou podologue traitant et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podo-orthésiste :
 - i) orthèses plantaires sur mesure ou ajustements aux orthèses plantaires sur mesure;
 - ii) bottes ou chaussures faites sur mesure, ajustements aux chaussures orthopédiques, ou chaussures faisant partie d'un appareil orthopédique (sous réserve d'une autorisation médicale préalable);
 - c) les appareils orthopédiques, les plâtres;
 - d) le matériel pour diabétiques comme les glucomètres et les lancettes;
 - e) les services médicaux, comme les tests de diagnostic, les radiographies et les tests de laboratoire;
 - f) les articles d'incontinence ou de stomie, comme les fournitures de cathétérisme et de stomie;
 - g) les aides à la mobilité, comme les cannes, les béquilles, les déambulateurs et les fauteuils roulants (y compris les batteries de fauteuil roulant);
 - h) les prothèses standard (bras, mains, jambes, pieds, seins, yeux et larynx);
 - i) les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, les dispositifs d'inhalothérapie, les fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
 - j) les bas de contention.

Certains articles peuvent nécessiter une autorisation préalable. Pour confirmer votre admissibilité avant d'acheter ou de louer de l'équipement, envoyez un formulaire d'autorisation préalable à GSC.

Limites

- a) Le prix de la location d'équipement médical durable ne doit pas dépasser le prix d'achat. La décision de GSC concernant l'achat ou la location sera fondée sur l'estimation du praticien dûment qualifié quant à la durée du besoin selon l'ordonnance initiale. L'autorisation de la location peut être accordée pour la durée prescrite. Le matériel qui a été rénové par le fournisseur pour la revente n'est pas admissible aux prestations.
- b) L'équipement médical durable doit être adapté pour une utilisation à domicile, être capable de résister à une utilisation répétée et n'être généralement pas utile en l'absence de maladie ou de blessure.

- c) Quand le matériel médical de luxe est couvert par le régime, le remboursement se fait uniquement lorsque les caractéristiques de luxe sont nécessaires pour que la personne couverte utilise efficacement le matériel. Les articles qui ne sont pas principalement médicaux de nature ou qui sont conçus pour offrir confort et commodité ne sont pas admissibles.
- 2. Transport d'urgence :** Remboursement du transport professionnel en ambulance terrestre ou aérienne jusqu'à l'hôpital le plus près doté de l'équipement nécessaire pour offrir le traitement requis, en cas de nécessité médicale attribuable à une blessure, une maladie ou une invalidité physique grave, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations.
- 3. Services professionnels :** Remboursement des services des praticiens inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, lorsque le praticien qui donne le service est autorisé par son organisme de réglementation provincial ou est un membre enregistré d'une association professionnelle et que cette association est reconnue par GSC. Veuillez communiquer avec le Centre de service à la clientèle de GSC pour confirmer l'admissibilité du praticien.
- 4. Soins dentaires consécutifs à un accident :** Remboursement des frais de soins dentaires sur dents naturelles prodigués par un dentiste autorisé à pratiquer sa profession lorsque ces soins sont nécessaires par suite d'un coup direct reçu sur la bouche et non à cause d'un objet placé sciemment ou non dans la bouche. L'accident doit survenir pendant que la protection est en vigueur. Lorsque des dents naturelles ont été endommagées, les services admissibles se limitent à un ensemble de dents artificielles. Vous devez aviser GSC immédiatement après l'accident, et le traitement doit être reçu dans les 180 jours qui suivent l'accident.

GSC ne peut être tenue responsable à l'égard des services fournis après a) un délai de 365 jours suivant l'accident ou b) la date à laquelle votre protection ou celle de votre personne à charge cesse dans le cadre du régime, si cette date est plus rapprochée.

Aucun montant ne sera versé pour les traitements de périodontie ou d'orthodontie, ni pour la réparation ou le remplacement de dents artificielles.

Les frais seront basés sur le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus. L'approbation sera basée sur l'état actuel ou le niveau de protection de la personne couverte au moment où on nous avise de l'accident. Toute modification de la couverture modifiera la responsabilité de GSC.

Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être soumises au titre du régime de soins de santé avant d'être soumises au titre du régime de soins dentaires.

- 5. Soins de la vue :** Remboursement des services fournis par un optométriste, un opticien ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le barème des prestations, relativement à ce qui suit :
- a) Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
 - b) Lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical lorsqu'une acuité visuelle d'au moins 20/40 ne peut être obtenue d'une autre manière dans le meilleur œil ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou d'une difformité physique faisant en sorte qu'il est impossible de porter des montures normales;
 - c) Examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, un ophtalmologiste ou un médecin autorisé (remboursement uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie);
 - d) Pièces de rechange de lunettes d'ordonnance.

Les frais admissibles au titre d'une protection excluent les éléments suivants, pour lesquels aucun remboursement ne sera effectué :

- a) Traitement médical ou chirurgical;
- b) Procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- c) Rendez-vous de suivi pour la fourniture et l'ajustement de lentilles cornéennes;
- d) Frais relatifs aux étuis à lunettes.

Exclusions des prestations de soins de santé

Les frais admissibles au titre d'une protection excluent les éléments ci-dessous, pour lesquels aucun remboursement ne sera effectué :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une infraction criminelle;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un praticien ou dentiste dûment qualifié;
4. Fait de remplir un formulaire de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Toute forme de cannabis thérapeutique pour le traitement d'un problème de santé, peu importe qu'elle soit autorisée au moyen d'un document médical provenant d'un médecin praticien légalement autorisé et obtenue auprès d'un producteur autorisé de Santé Canada en vertu du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicale*;
6. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
 - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
 - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - c) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
 - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures;
7. Services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :
 - a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi;
 - b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement;
 - c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, un organisme équivalent ou une partie autre que GSC, votre promoteur de régime ou vous-même;
 - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
 - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
 - g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;

- h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
- i) Ils sont fournis par le promoteur de votre régime ou un praticien employé par le promoteur de votre régime, dans le cadre d'un régime autre que le régime d'aide aux employés;
- j) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure naturelle, de la croissance ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ni réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis;
- k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
- l) Ils sont fournis pour un traitement visuel ou auditif médical ou chirurgical;
- m) Il s'agit de procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- n) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
- o) Il s'agit de pompes à insuline et de fournitures connexes (sauf celles couvertes par le régime);
- p) Ils concernent des examens médicaux, des examens audiométriques ou des tests d'évaluation d'appareils auditifs;
- q) Ils concernent des batteries, sauf si ces dernières sont expressément admissibles au titre d'une protection;
- r) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
- s) ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
- t) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, le Programme des appareils et accessoires fonctionnels ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été soumises correctement et en temps opportun;
- u) Ils ont déjà été fournis ou payés par un organisme gouvernemental, mais ils ont été modifiés, suspendus ou interrompus à la suite de la modification de la loi provinciale sur le régime d'assurance-maladie ou de la radiation de tout service ou produit de ce dernier;
- v) Ils peuvent notamment inclure les médicaments, les services de laboratoire, les tests de diagnostic ou tout autre service qui est fourni ou administré par une clinique publique ou privée, ou un établissement du même genre, au cabinet d'un praticien ou à domicile, si le traitement ou le médicament ne répond pas aux normes acceptées ou s'il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
- w) Ils sont fournis par un praticien qui a quitté le régime provincial d'assurance-maladie qui aurait normalement payé pour le service admissible;
- x) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
 - ii) L'engagement financier est terminé.
 Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- y) Ce sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture.

VOYAGES

Les frais que vous engagez par suite d'une urgence médicale pendant que vous ou une personne à charge admissible vous trouvez à l'extérieur de votre province de résidence habituelle, pour motifs de vacances, d'affaires ou de formation, seront admissibles au titre des prestations de voyage.

Pour recevoir les prestations applicables, les demandeurs doivent être couverts par leur régime provincial d'assurance-maladie respectif au moment où les frais sont engagés.

Les frais de voyage admissibles seront établis en fonction des frais raisonnables et habituels à l'endroit où les services ont été reçus, déduction faite du montant payable par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Tous les maximums et les limites sont indiqués en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux membres du régime, en fonction du pays du bénéficiaire. Lorsqu'une conversion monétaire est requise, le taux de change applicable est celui qui est en vigueur à la date de prestation des services faisant l'objet de la demande de règlement.

Dès qu'il est informé de la nécessité d'un traitement en raison d'une blessure accidentelle ou d'une urgence médicale, **le patient doit communiquer avec le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement.**

Par urgence médicale, il faut entendre une blessure ou une maladie soudaine et imprévue ou un épisode aigu d'une maladie qui nécessite des soins médicaux immédiats **et qu'on n'aurait pas pu raisonnablement prévoir compte tenu de l'état de santé du patient**. Cela comprend notamment un traitement (non facultatif) pour le soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou d'une maladie grave, qui doit être administré sans attendre que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement en état de retourner dans votre province de résidence.

Toutes les procédures invasives ou d'investigation doivent être approuvées au préalable par l'équipe d'assistance médicale de GSC.

Les frais admissibles sont limités au maximum de jours par voyage indiqué dans le barème des prestations à compter de la date de départ de votre province de résidence. Si vous êtes hospitalisé le dernier jour indiqué dans le barème des prestations, la protection sera prolongée jusqu'à ce que vous obteniez votre congé de l'hôpital.

1. **Services hospitaliers et d'hébergement** selon le tarif standard pour salle commune dans un hôpital général public.
2. **Services médicaux ou chirurgicaux** rendus par un médecin ou chirurgien dûment qualifié pour soulager les symptômes ou guérir d'une maladie ou blessure imprévue.
3. **Transport d'urgence**
 - **Ambulance terrestre** vers l'établissement médical qualifié le plus près.
 - **Ambulance aérienne** – les coûts de l'évacuation aérienne (y compris un membre du personnel médical si nécessaire) entre les hôpitaux et pour l'hospitalisation au Canada lorsqu'ils ont été approuvés à l'avance par votre régime provincial d'assurance-maladie, ou à l'établissement médical qualifié le plus près.

4. **Services d'orientation** – a) les services hospitaliers et d'hébergement, jusqu'à concurrence du tarif standard pour salle commune dans un hôpital général public, ou b) les services médicaux chirurgicaux rendus par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié.
- **Avant le début du traitement, vous devez obtenir une autorisation préalable par écrit** de votre régime provincial d'assurance-maladie et de GSC. Votre régime provincial d'assurance-maladie peut couvrir ces prestations entièrement. Vous devez fournir à GSC une lettre de votre médecin traitant indiquant la raison de la recommandation et une lettre de votre régime provincial d'assurance-maladie décrivant sa responsabilité. **L'omission d'obtenir une autorisation préalable entraînera le non-paiement.**
5. **Services d'un infirmier privé** jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année civile, au tarif raisonnable et habituel pratiqué par un infirmier autorisé (inf. aut.) enregistré à l'endroit où le traitement est donné. Vous devez obtenir une autorisation préalable auprès du service Assistance-voyage de GSC.
6. **Tests diagnostiques de laboratoire et radiographies** lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant. Sauf en cas d'urgence, le service Assistance-voyage de GSC doit approuver ces services au préalable (p. ex., cathétérisme cardiaque ou angiographie, angioplastie et pontage).
7. **Remboursement des médicaments sur ordonnance**, à savoir les produits pharmaceutiques, sérums et injectables devant faire l'objet d'une ordonnance de par la loi et qui sont prescrits par un praticien dûment qualifié (sauf les vitamines, les médicaments brevetés ou les spécialités pharmaceutiques). Envoyez au service Assistance-voyage de GSC le reçu original du paiement auprès de la pharmacie, du médecin ou de l'hôpital hors de votre province de résidence, indiquant le nom du médecin prescripteur, le numéro d'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total.
8. **Appareils médicaux**, y compris les plâtres, les béquilles, les cannes, les écharpes, les attelles ou la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque cela est jugé médicalement nécessaire et requis en raison d'un accident, et lorsque les appareils sont obtenus à l'extérieur de votre province de résidence.
9. **Traitement par un dentiste**, seulement en cas de nécessité en raison d'un coup direct accidentel à la bouche, jusqu'à un maximum de 2 000 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être fournis dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les détails de l'accident doivent être fournis au service Assistance-voyage de GSC, accompagnés des radiographies dentaires.
10. **Retour à la maison** – lorsque votre maladie ou blessure est telle que des services sont requis d'urgence :
- L'équipe d'assistance médicale de GSC précise par écrit que vous devez immédiatement retourner dans votre province de résidence pour une attention médicale immédiate, et le remboursement ne sera effectué que pour les coûts supplémentaires liés à l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique, ainsi que le retour en classe économique supplémentaire au besoin pour le transport d'une civière, pour vous rendre par la voie la plus directe jusqu'à l'aéroport le plus près du point de départ de votre province de résidence.

Cette protection suppose que vous n'êtes pas détenteur d'un billet d'avion aller-retour ouvert valide. Les frais de surclassement, les taxes de départ, les pénalités d'annulation ou les frais de transport aérien pour accompagner des membres de la famille ou des amis ne sont pas inclus.

- L'équipe d'assistance médicale de GSC ou une compagnie aérienne commerciale précise par écrit que vous devez être accompagné par un accompagnateur médical qualifié, et le remboursement sera effectué pour les frais engagés pour un billet d'avion en classe économique aller-retour et les frais raisonnables et habituels facturés par un membre du personnel médical qui n'est pas votre parent par la naissance, l'adoption ou le mariage et est enregistré dans le territoire dans lequel les soins sont dispensés, auxquels s'ajoutent les frais d'hébergement à l'hôtel et de repas si le membre du personnel le requiert.

11. Frais de retour de votre véhicule motorisé personnel à votre domicile ou à l'agence de location la plus près en cas d'impossibilité pour vous de vous en charger pour cause de maladie, de blessure corporelle ou de décès, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ par voyage. Nous exigeons les reçus originaux des frais engagés, à savoir l'essence, l'hébergement et les billets d'avion.

12. Repas et hébergement jusqu'à 1 500 \$ (maximum de 150 \$ par jour pour un maximum de 10 jours) qui seront remboursés pour les coûts supplémentaires d'hébergement à un hôtel commercial et de repas engagés par vous quand vous restez avec un compagnon de voyage ou une personne incluse dans la couverture « famille », lorsque le voyage est retardé ou interrompu en raison d'une maladie, d'un accident ou du décès d'un compagnon de voyage. Ceci doit être confirmé par écrit par le médecin traitant ou le chirurgien dûment qualifié, avec les reçus originaux à l'appui de l'entreprise commerciale.

13. Transport jusqu'au chevet du patient incluant le transport aérien en classe économique aller-retour par le parcours le plus direct à partir de votre province de résidence, pour tout conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, et jusqu'à 150 \$ par jour pour un maximum de 5 jours pour les repas, et l'hébergement à un établissement commercial sera payé pour ce membre de la famille dans les buts suivants :

- Être avec vous ou votre personne à charge couverte pendant l'hospitalisation. Cette protection nécessite que la personne couverte soit hospitalisée pendant au moins 7 jours à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que la confirmation écrite du médecin traitant que la situation était suffisamment grave pour avoir demandé la visite;
- Identifier la dépouille d'une personne décédée avant son rapatriement.

14. Vol aller-retour, si votre véhicule automobile personnel ou celui de la personne à votre charge couverte est volé ou rendu inutilisable en raison d'un accident, le remboursement sera effectué pour le prix d'un vol aller simple en classe économique pour vous rendre par le parcours le plus direct à l'aéroport principal le plus près de votre point de départ dans votre province de résidence. Un rapport officiel de la perte ou de l'accident est requis.

15. Rapatriement de la dépouille jusqu'à un maximum de 5 000 \$ pour couvrir le coût de l'embaumement ou de la crémation en préparation pour le transport du retour, dans un conteneur approprié, de vous-même ou d'une personne à votre charge, lorsque la mort est causée par une maladie ou un accident. La dépouille sera retournée à l'aéroport le plus près du point de départ dans votre province de résidence. La protection ne couvre pas le coût d'un cercueil ou les frais liés aux funérailles, le maquillage, les vêtements, les fleurs, les cartes, la location de l'église, etc.

SERVICE ASSISTANCE-VOYAGE DE GSC

Les services ci-dessous sont offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine par l'organisme international de services médicaux de GSC.

Ces services comprennent :

- Accès au Service d'aide avant départ (avant le départ) : codes canadiens d'appel direct, renseignements sur les vaccinations, mises en garde du gouvernement et exigences de visas ou de documents pour l'entrée dans le pays de destination;
- Assistance multilingue;
- Aide pour localiser les soins médicaux les plus appropriés et les plus près;
- Réseaux de fournisseurs internationaux privilégiés;
- Consultations médicales et services consultatifs de l'équipe d'assistance médicale de GSC, y compris une seconde opinion et l'examen de la pertinence et de la qualité des soins médicaux;
- Aide à l'établissement de contacts avec la famille, le médecin personnel et l'employeur, le cas échéant;
- Suivi des progrès au cours du traitement et de la récupération;
- Services de messagerie d'urgence;
- Services de traduction et renvois à des interprètes locaux, si nécessaire;
- Vérification de la couverture pour faciliter l'entrée et l'admission dans les hôpitaux et autres établissements médicaux;
- Aide spéciale en ce qui concerne la coordination des demandes de paiement direct;
- Coordination des services consulaires;
- Gestion, organisation et coordination du transport médical d'urgence et d'évacuation, si nécessaire;
- Gestion, organisation et coordination du rapatriement de la dépouille;
- Aide spéciale pour prendre les dispositions nécessaires en cas d'interruption et de perturbation des plans de voyage résultant de situations d'urgence afin d'inclure :
 - le retour des compagnons de voyage non accompagnés;
 - le déplacement au chevet d'une personne alitée;
 - la modification du billet pour cause d'accident ou de maladie et autres urgences de voyage;
 - le retour d'un véhicule automobile personnel en panne et des objets personnels connexes;
- Aide essentielle dans la recommandation d'aide juridique;
- Coordination des cautions et autres actes juridiques;
- Aide spéciale pour remplacer les documents de voyage perdus ou volés, y compris les passeports;
- Aide de courtoisie pour obtenir une assistance accessoire et d'autres services de voyage connexes;
- Aide d'urgence et au paiement des frais de soins de santé importants qui entraîneraient des paiements de plus de 200 \$.

Fonctionnement du service Assistance-voyage

Pour obtenir de l'aide, composez le **1 800 936-6226** au Canada ou aux États-Unis, ou appelez à frais virés au **0 519 742-3556** à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Ces numéros figurent sur votre carte d'identification GSC.

Indiquez le numéro collectif d'Assistance-voyage de GSC et votre numéro d'identification GSC qui se trouvent sur votre carte d'identification GSC, et expliquez votre urgence médicale. **Vous devez toujours être en mesure de fournir votre numéro d'identification GSC et le numéro de votre régime provincial d'assurance-maladie.**

Un spécialiste multilingue vous dirigera vers le meilleur établissement médical disponible ou un médecin dûment qualifié en mesure de fournir les soins appropriés.

Lors de votre admission à l'hôpital ou de la consultation d'un médecin ou chirurgien dûment qualifié pour un traitement d'urgence majeur, nous garantissons au fournisseur (hôpital, clinique ou médecin) que vous avez à la fois la couverture du régime provincial d'assurance-maladie et les prestations de voyage de GSC décrites ci-dessus.

Le fournisseur peut alors facturer directement le service Assistance-voyage de GSC pour ces services approuvés pour des montants supérieurs à 200 \$.

L'équipe d'assistance médicale de GSC suivra vos progrès afin de s'assurer que vous recevez le meilleur traitement médical qui soit. Ces médecins restent aussi en communication constante avec votre médecin de famille et votre famille, en fonction de la gravité de votre état.

Lorsque vous appelez à frais virés de l'extérieur du Canada et des États-Unis, il est possible que vous deviez composer un code canadien d'appel direct. Dans le cas où un appel à frais virés n'est pas possible, conservez vos reçus d'appels téléphoniques faits au service Assistance-voyage de GSC et soumettez-les à votre retour au Canada pour remboursement.

Limites des prestations de voyage

1. La couverture prend effet au moment où vous ou la personne à votre charge traversez la frontière provinciale pour quitter votre province de résidence, et se termine lorsque vous franchissez la frontière pour revenir dans votre province de résidence. Si vous voyagez par avion, la couverture prend effet au moment où l'aéronef décolle dans la province de résidence, et se termine lorsqu'il atterrit dans la province de résidence.
2. Dès la notification de la nécessité d'un traitement pour une blessure accidentelle ou une urgence médicale, l'équipe d'assistance médicale de GSC se réserve le droit de déterminer si le rapatriement est approprié dans le cas où le patient a besoin de soins immédiats ou prévus. Le rapatriement est obligatoire si l'équipe d'assistance médicale détermine que le patient est médicalement apte à voyager et que les dispositions appropriées ont été prises pour admettre le patient dans le système provincial public de soins de santé de sa province de résidence. Le rapatriement assure une couverture continue au titre du régime. Si le patient décide de ne pas être rapatrié ou choisit de subir un tel traitement ou une intervention chirurgicale en dehors de sa province de résidence, les frais de traitement ne seront pas admissibles.

Le patient doit communiquer avec le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement. Le défaut de nous en informer dans les 48 heures peut entraîner la limitation des prestations aux frais engagés durant les 48 premières heures qui suivent le traitement ou l'incident, ou au maximum prévu par le régime, selon le moins élevé des deux montants.

3. Les services d'ambulance aérienne ne seront admissibles que dans les cas suivants :
 - Le service Assistance-voyage de GSC les a approuvés au préalable;
 - Il existe un besoin médical pour vous ou votre personne à charge de voyager en civière en compagnie d'un membre du personnel médical;
 - Vous ou votre personne à charge êtes admis directement à un hôpital dans votre province de résidence;
 - Les rapports ou certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont présentés au service Assistance-voyage de GSC;
 - La preuve de paiement (y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est présentée au service Assistance-voyage de GSC.

4. Si vous prévoyez voyager dans des zones de troubles politiques ou civils, ou dans des zones où le Affaires mondiales canadiennes (AMC) a émis un avertissement de voyage officiel en ce qui concerne les voyages non essentiels, communiquez avec le service Assistance-voyage de GSC pour obtenir des conseils avant de partir, car nous pourrions être incapables de garantir des services d'assistance;
5. GSC se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, restreindre ou limiter ses services dans n'importe quel domaine dans le cas de troubles politiques ou civils, y compris une rébellion, une émeute, un soulèvement militaire, un conflit de travail ou une grève, une catastrophe naturelle, ou le refus des autorités d'un pays étranger de permettre à GSC d'offrir ses services. Cela comprend le voyage n'importe où si, au moment de la réservation du voyage (y compris un retard du voyage), ou avant la date de votre départ, Affaires mondiales canadiennes (AMC) a émis un avertissement de voyage officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un pays, une région ou une ville en raison d'une épidémie potentielle ou réelle ou d'une pandémie (le voyage non essentiel étant considéré comme une situation autre qu'une urgence médicale ou familiale significative, comme le décès d'un membre de la famille).

Exclusions des prestations de voyage

En plus des exclusions des prestations de soins de santé, les frais admissibles au titre d'une protection ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Frais engagés pour un traitement lié directement ou indirectement à un problème de santé préexistant ou diagnostiqué antérieurement qui, au moment de votre départ de votre province de résidence, n'était pas, de l'avis professionnel de l'équipe d'assistance médicale de GSC, complètement stable, et qui était susceptible de nécessiter, compte tenu des preuves médicales, un traitement ou une hospitalisation durant le voyage. GSC se réserve le droit d'examiner vos renseignements médicaux au moment de la demande de règlement;

Stable signifie que pendant les 90 jours précédant immédiatement votre départ :

- a) votre problème de santé préexistant ou déjà diagnostiqué :
 - i) a été maîtrisé par l'utilisation constante des mêmes médicaments et des mêmes posologies (à l'exception des modifications apportées régulièrement à la médication dans le cadre de votre traitement continu, ou des diminutions de la posologie à la suite d'une amélioration de votre problème de santé préexistant ou déjà diagnostiqué) prescrits par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - ii) n'a pas nécessité, de l'avis raisonnable d'un professionnel de la santé dûment qualifié, un traitement supplémentaire en raison d'une rechute, de complications ou de toute autre raison liée directement ou indirectement à votre problème de santé préexistant ou déjà diagnostiqué;
 - b) vous n'avez pas consulté un professionnel de la santé dûment qualifié ni fait faire des évaluations ou reçu un diagnostic pour un nouveau problème de santé pour lequel vous n'avez pas reçu un traitement médical;
 - c) vous n'avez pris aucun rendez-vous ou n'êtes en attente d'aucun rendez-vous pour des examens, consultations, tests ou évaluations autres que de routine (y compris les résultats) pour un problème de santé non diagnostiqué;
 - d) vous n'avez pas pris de rendez-vous ni êtes en attente d'un rendez-vous pour une intervention chirurgicale exploratoire en raison d'un problème de santé non diagnostiqué ou pour une intervention chirurgicale en raison d'un problème de santé diagnostiqué.
2. Frais engagés pour un traitement ou une chirurgie qui n'étaient pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguë selon l'avis d'un médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié. Les prestations admissibles ne seront pas versées pour le traitement ou la chirurgie qui pourraient raisonnablement être retardés jusqu'à votre retour dans votre province de résidence;
 3. Frais engagés pour un traitement ou une chirurgie non couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie ou frais engagés pour un traitement ou une chirurgie que votre régime provincial d'assurance-maladie n'a pas remboursés;
 4. Frais engagés pour des services, traitements ou chirurgies reçus une fois que le patient a choisi de ne pas être rapatrié ou que le patient choisit de recevoir en dehors de sa province de résidence;

5. Toute demande de règlement liée directement ou indirectement à un problème médical dont vous souffrez ou que vous contractez dans un pays, une région ou une ville spécifique en raison d'une épidémie ou d'une pandémie si, au moment de réserver le voyage (y compris le retard du voyage), ou avant la date de votre départ, Affaires mondiales canadiennes (AMC) a émis un avis conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville. Dans le cadre de cette exclusion, un problème médical est limité à la raison pour laquelle l'avertissement de voyage officiel a été publié et comprend les complications découlant de ce problème médical;
6. Traitement ou services nécessaires pour les soins courants, une cure de repos, une opération chirurgicale non urgente, un bilan de santé ou un voyage pour des raisons de santé ou dans un centre de santé, même si le voyage est recommandé par un médecin;
7. Traitement ou service que vous choisissez de recevoir à l'extérieur du Canada, lorsque votre état de santé n'empêche pas votre retour au Canada pour un tel traitement;
8. Consommation abusive ou excessive de médicaments, de drogues ou d'alcool et conséquences qui en découlent, y compris celles associées à la conduite d'un véhicule automobile avec des facultés affaiblies par la drogue, l'alcool ou les substances toxiques ou un niveau d'alcool de plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang. (Un véhicule automobile désigne tout moyen de transport qui est mû ou propulsé par un moteur et inclut notamment une automobile, un camion, une motocyclette, un cyclomoteur, une motoneige ou un bateau);
9. Montants payés ou payables au titre d'un régime de santé et de sécurité au travail ou d'un régime similaire;
10. Soins hospitaliers et médicaux à l'accouchement survenant dans les 8 semaines qui précèdent la date prévue de l'accouchement à partir de la date de départ, ou à l'interruption volontaire de grossesse;
11. Traitement ou service fourni dans un établissement de soins de longue durée ou un hôpital psychiatrique, une unité de soins pour maladies chroniques d'un hôpital général, un établissement de soins de longue durée (SLD), un centre de santé ou une maison de soins infirmiers;
12. Services de manipulation reçus d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe;
13. Opération de la cataracte ou achat de lunettes ou de prothèses auditives;
14. Frais engagés au cours d'un voyage effectué pour aller suivre un traitement médical ou obtenir un avis médical sans avoir reçu une autorisation préalable comme il est expliqué sous Services d'orientation.

GSC n'assume aucune responsabilité pour tout avis médical donné, notamment par un médecin, un pharmacien ou un autre fournisseur de soins de santé ou établissement recommandé par le service Assistance-voyage de GSC.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les protections indiquées ci-dessous seront admissibles si elles sont basées sur les frais raisonnables et habituels du dentiste autorisé à pratiquer sa profession, conformément au guide des tarifs et aux maximums indiqués dans le barème des prestations.

Soins de base

1. Services de diagnostic et de prévention de base :
 - examens buccaux complets, une fois tous les 3 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
 - examens buccaux d'urgence et spécifiques
 - radiographies complètes et panoramiques, une fois tous les 3 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
 - radiographies interproximales, une fois par année de régime
 - examens de rappel, une fois par année de régime
 - nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de polissage et 1 unité de détartrage), une fois par période de rappel
 - application topique de fluorure, une fois par période de rappel
 - nettoyage des prothèses dentaires, une fois par période de rappel
 - résines pour scellement des puits et fissures des molaires seulement, pour les personnes couvertes de 14 ans et moins
 - mainteneurs d'espace
2. Services de restauration de base :
 - amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires
 - restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent
3. Chirurgie buccale mineure :
 - extractions de dents ou de racines résiduelles
4. Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en concomitance avec la chirurgie buccale admissible

Soins de base étendus

1. Services de prothèses standard :
 - réparations de prothèses dentaires ou ajouts de dents
 - rebasage superficiel et complet de prothèses dentaires une fois tous les 3 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée, au plus tôt 6 mois après la mise en place d'une prothèse
 - ajustements aux prothèses dentaires et procédures de remontage et d'équilibrage, au plus tôt 3 mois après la mise en place initiale d'une prothèse
 - garnitures de conditionnement des tissus mous sur les gencives pour favoriser la guérison
 - reconstitution d'une prothèse partielle en utilisant le cadre existant, une fois tous les 5 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
2. Chirurgie buccale complète :
 - exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents
 - rénovation et remodelage – façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive
 - excision – ablation de kystes et de tumeurs
 - incision – drainage ou exploration de tissus mous ou durs

- fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacérations des tissus mous
 - malformations maxillo-faciales – frénectomie – chirurgie sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche
3. Traitement endodontique, y compris :
- traitement de canal
 - pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
 - pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
 - apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
 - curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
 - amputation ou hémisection radiculaire
 - blanchiment des dents non vitales
 - interventions d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent
4. Traitement périodontique de l'os et des gencives malades, y compris :
- détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire (2 unités de temps par année de régime)
 - équilibrage de l'occlusion – meulage sélectif des surfaces dentaires pour ajuster l'occlusion (2 unités de temps par année de régime)

Les frais de traitement parodontal sont basés sur des unités de temps (15 minutes par unité) ou le nombre de dents dans un site chirurgical conformément au guide des tarifs des praticiens généralistes.

Autres traitements

Le régime de prestations collectif remboursera le montant indiqué dans le guide des tarifs pour les services ou les produits les moins coûteux, à condition que les deux cycles de traitement soient couverts au titre du régime.

Prédétermination

Avant le début du traitement, si le coût total de tout traitement proposé dépasse 300 \$, nous vous recommandons de soumettre une évaluation des frais dûment remplie par votre dentiste.

Limites

1. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services et les frais sont limités à la quote-part applicable à ces services. Les services de laboratoire qui dépassent 40 % des honoraires du dentiste dans le guide des tarifs applicable du barème des prestations seront réduits en conséquence; la quote-part s'applique alors.
2. Le remboursement sera effectué selon les services, fournitures ou traitements de base ou standard. Les dépenses connexes au-delà des services, fournitures ou traitements de base ou standard resteront à votre charge.
3. Le remboursement sera calculé au prorata et réduit en conséquence, lorsque le temps passé par le dentiste est inférieur au temps moyen attribué à un code de procédure de soins dentaires dans le guide des tarifs applicable du barème des prestations.
4. Le remboursement des frais de traitement de canal sera limité à un paiement par dent. Les frais supplémentaires exigés pour un accès difficile, une anatomie exceptionnelle, la calcification et les reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais pour canal radiculaire comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.

5. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérées comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.
6. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples opérations parodontales, sont exécutées lors d'un même rendez-vous ou dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur des services de restauration multiples.
7. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des services de périodontie multiples sont effectués au cours du même rendez-vous et que le plein tarif selon le guide est facturé pour chaque obturation ou service de périodontie; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
8. Le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps que le curetage gingival.
9. Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être soumises au titre du régime de prestations de soins de santé avant d'être soumises au titre du régime de prestations de soins dentaires.

Exclusions des prestations de soins dentaires

Les frais admissibles au titre d'une protection excluent les éléments ci-dessous, pour lesquels aucun remboursement ne sera effectué :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une infraction criminelle;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un dentiste dûment qualifié;
4. Fait de remplir un formulaire de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Tout service dentaire qui n'est pas mentionné dans les codes de procédure établis et maintenus par l'Association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni;
6. Implants;
7. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion;
8. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, les réparations et rebasages;
9. Pontiques ou dents postérieures en porte-à-faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces;
10. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie;
11. Diagnostic ou appareils de repositionnement intrabuccal, y compris l'entretien, les réglages, les réparations et les réfections liés au traitement de la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
12. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
 - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
 - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - c) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
 - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures;

13. Services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :

- a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi;
- b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement;
- c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, comme un organisme ou une partie autre que GSC, le promoteur de votre régime ou vous-même;
- d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
- e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
- f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
- g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
- h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
- i) Ils sont fournis par le promoteur de votre régime ou un praticien employé par le promoteur de votre régime, dans le cadre d'un régime autre que le régime d'aide aux employés;
- j) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure naturelle, de la croissance ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ni réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis;
- k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
- l) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
- m) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
- n) ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
- o) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été déposées correctement et en temps opportun;
- p) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
 - ii) L'engagement financier est terminé.
 Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- q) Ce sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture.

RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de renseignements

Pour des demandes de renseignements détaillées :

- ♦ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour vérifier si un article ou un service en particulier est couvert et si une autorisation préalable de GSC est requise; ou
- ♦ Visitez notre site Web à student.greenshield.ca/fr pour transmettre votre question par courriel.

Autorisation préalable

Pour obtenir une **autorisation préalable**, veuillez envoyer un formulaire d'autorisation préalable OU l'ordonnance d'un médecin indiquant le diagnostic et la prescription.

Soumission des demandes de règlement

Toutes les demandes de règlement soumises à GSC doivent porter votre numéro d'identification GSC, qui se trouve sur votre carte d'identification GSC.

Aux fins du **remboursement**, envoyez l'original d'un reçu détaillé (**les reçus de caisse ou de carte de crédit ne sont pas acceptés**) indiquant :

- Le nom de la personne couverte, son adresse et son numéro d'identification GSC
- Le nom et l'adresse du fournisseur
- La date de la prestation du service
- Les frais pour chaque service ou produit
- Une description détaillée du service ou du produit
- La recommandation médicale ou l'ordonnance du médecin, le cas échéant

Dans certains cas, nous pourrions avoir besoin d'une preuve de paiement supplémentaire; par conséquent, nous vous recommandons de conserver une copie d'autres confirmations de paiement identifiables, comme un chèque annulé (la copie est acceptable si les deux côtés du chèque sont fournis), un reçu électronique de paiement autorisé par carte de crédit ou un relevé de carte de crédit, un reçu de paiement direct ou par carte de débit, ou encore un relevé bancaire.

Pour les demandes de règlement pour soins dentaires, veuillez envoyer un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires, dûment rempli par le membre du régime et le dentiste. Si votre demande de règlement fait suite à un accident, un Formulaire de rapport d'accident dentaire et les radiographies de vos dents doivent être envoyés à GSC pour approbation préalable. L'omission de se conformer à cette directive pourrait entraîner le non-remboursement.

Si GSC est l'assureur secondaire, il faut soumettre le relevé original de l'Explication des prestations de l'assureur principal et une copie du formulaire de demande de règlement afin de recevoir tout solde dû.

Toutes les demandes de règlement doivent parvenir à GSC au plus tard 12 mois à compter de la date de la prestation du service admissible.

Soumettre tous les formulaires de demande de règlement à : Green Shield Canada

À l'attention de : Service des médicaments	C.P. 1652	Windsor (Ontario)	N9A 7G5
À l'attention de : Articles et services médicaux	C.P. 1623	Windsor (Ontario)	N9A 7B3
À l'attention de : Services professionnels	C.P. 1699	Windsor (Ontario)	N9A 7G6
À l'attention de : Soins de la vue	C.P. 1615	Windsor (Ontario)	N9A 7J3
À l'attention de : Hors du Canada	C.P. 1606	Windsor (Ontario)	N9A 6W1
À l'attention de : Service des soins dentaires	C.P. 1608	Windsor (Ontario)	N9A 7G1

Remboursement

Le remboursement sera effectué selon l'un des moyens suivants :

- a) Dépôt direct dans votre compte bancaire personnel, si vous en avez fait la demande;
- b) Chèque de remboursement;
- c) Paiement direct au fournisseur de services, le cas échéant.

Tous les montants maximums et les plafonds sont exprimés en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux membres du régime, en fonction du pays du bénéficiaire.

Paiement direct au fournisseur de services (le cas échéant)

Présentez votre carte d'identification GSC à votre fournisseur; une fois que vous aurez payé la quote-part, le fournisseur pourra facturer les services directement à GSC et, dans bien des cas, le paiement lui sera versé directement. La plupart des fournisseurs ont également des formulaires de demande de règlement.

Voyage en cas d'urgence

Appelez directement le service Assistance-voyage de GSC dans les 48 heures qui suivent le début du traitement.

Veillez téléphoner au Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour obtenir tous les détails sur la façon de soumettre des demandes de règlement.

Si vous avez engagé des frais remboursables, les demandes de règlement doivent être accompagnées des reçus originaux et soumises au service Assistance-voyage de GSC; par la suite, ce service coordonne avec le régime provincial d'assurance-maladie le remboursement des dépenses admissibles approuvées.

Pour faire une demande de règlement, vous devez indiquer le nom du patient, le numéro du régime provincial d'assurance-maladie, l'adresse et le numéro d'identification GSC avec un relevé détaillé indiquant les services rendus et les frais exigés pour chaque service.

Subrogation

GSC se réserve le droit de subrogation si les prestations versées en votre nom ou en celui de la personne à votre charge sont payées ou auraient dû être payées ou fournies par une tierce partie. Cela signifie que GSC a le droit de recouvrer le paiement de remboursement si vous ou votre personne à charge recevez un remboursement, en tout ou en partie, d'un tiers ou d'une autre couverture relativement à des prestations fournies par GSC ou à des paiements effectués pas GSC. Dans les cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

RÉSEAU DE FOURNISSEURS DE SOINS DENTAIRES À TARIF AVANTAGEUX

GSC donne accès au Réseau de fournisseurs de soins dentaires à tarif avantageux pour étudiants en partenariat avec le Réseau-santé étudiant national. Ce réseau vise à offrir aux étudiants membres de notre régime un accès à des fournisseurs de soins dentaires de qualité à un coût abordable.

Les caractéristiques de ce service à valeur ajoutée sont les suivantes :

1. Plus de 800 dentistes participent actuellement à ce programme d'envergure nationale;
2. Une fois qu'un fournisseur de soins dentaires adhère au réseau, GSC l'ajoute à la liste des fournisseurs de soins dentaires participants. Cette est accessible à student.greenshield.ca/fr;
3. Vous pouvez consulter un dentiste qui figure déjà sur la liste des fournisseurs de soins dentaires, ou demander à votre dentiste actuel d'adhérer au réseau; l'avantage de l'adhésion pour votre dentiste est l'augmentation potentielle de son volume d'affaires. Pour des renseignements complémentaires, votre dentiste peut appeler notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119;
4. Le rabais s'applique à la plupart des actes buccodentaires et *peut* atteindre 30 %;
5. Notre système calcule automatiquement le rabais applicable quand vous consultez un fournisseur de soins dentaires du réseau. Le rabais applicable dépend des modalités du régime de votre université ou de votre collège, et sera déduit de votre quote-part ou partie des coûts que vous assumez;
6. Les demandes de règlement pour soins dentaires doivent être traitées électroniquement; **vous devez donc être inscrit au système GSC pour obtenir le rabais**. GSC paiera votre dentiste directement; vous n'aurez à lui payer que votre quote-part (le cas échéant) des honoraires demandés pour les soins fournis;
7. Vous recevrez des soins dentaires professionnels tout en payant moins cher et en maintenant votre santé buccodentaire.

Visitez notre site Web à student.greenshield.ca/fr ou appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Coordination des prestations (CDP)

Si vous avez droit à des prestations de soins de santé et de soins dentaires complémentaires sous plus d'un régime, vos prestations au titre de ce régime seront coordonnées avec celles de l'autre régime de sorte que vous pourrez être remboursé jusqu'à concurrence de 100 % des dépenses admissibles engagées.

Les demandes doivent d'abord être soumises au payeur primaire. Les soldes impayés doivent ensuite être soumis aux régimes secondaires. Suivez les directives suivantes pour identifier les régimes primaires et secondaires :

Membre du régime de GSC

Le présent régime pour étudiants de GSC est votre régime principal. Si vous êtes le membre du régime au titre de deux régimes collectifs, la priorité est donnée dans l'ordre suivant :

- Régime où vous êtes un membre à temps plein;
- Régime où vous êtes un membre à temps partiel;
- Régime où vous êtes un retraité.

Conjoint

Si votre conjoint est membre d'un autre régime de prestations, dans son cas le régime de GSC est le régime secondaire. Votre conjoint doit d'abord présenter une demande à son régime.

Enfants

Lorsque les enfants à charge sont couverts à la fois par votre régime de GSC et par le régime de votre conjoint, utilisez l'ordre suivant pour déterminer à qui envoyer les demandes de règlement :

- Régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) survient plus tôt dans l'année civile;
- Régime du parent dont le prénom commence par la lettre de l'alphabet la plus près de A, si les parents ont la même date de naissance;
- En cas de séparation ou de divorce et si les enfants sont couverts par plus d'un régime, l'ordre suivant s'applique :
 - Régime du parent qui a la garde de l'enfant à charge;
 - Régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant à charge;
 - Régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant à charge;
 - Régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant à charge.

Si les parents ont la garde conjointe et que les deux ont des enfants inscrits comme personnes à charge au titre de leur régime, les demandes de règlement doivent d'abord être soumises au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) survient plus tôt dans l'année civile. Les soldes peuvent ensuite être soumis au régime de l'autre parent.

Prestations de voyage

Dans le cas d'une demande de règlement liée à un voyage, tous les régimes partageront à parts égales le coût de la demande de règlement.

Si GSC est l'assureur secondaire, il faut soumettre le relevé original de l'Explication des prestations de l'assureur principal et une copie du formulaire de demande de règlement afin de recevoir tout solde dû.

AVERTISSEMENT

Les prestations en cas de décès ou de mutilation accidentels sont fournies par Western Life Assurance Company (Western Life). Les prestations en cas de décès et ou de mutilation accidentels ne sont pas admissibles si vous renoncez aux prestations de soins de santé

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS

PROTECTION DE BASE EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS

Police GRE1001

Western Life Assurance Company (Western Life)

Quand êtes-vous couvert?

Le régime de prestations de base en cas de décès et de mutilation accidentels vous protège 24 heures sur 24, partout dans le monde, contre des pertes accidentelles déterminées. Si vous subissez l'une des pertes admissibles précisées dans la police à la suite d'un accident, dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident, les prestations prévues dans la police vous seront versées.

La blessure causée par l'accident doit constituer le fondement de la demande de règlement, mais en aucun cas la blessure ne doit être une maladie, à moins qu'elle ne soit causée par l'accident.

« Accident » signifie un événement unique soudain et inattendu qui :

- a) survient à un moment et en un lieu identifiables;
- b) cause une blessure inattendue au moment où il se produit;
- c) dont la source est extérieure à la personne blessée.

Couverture contre les risques d'aviation

L'assurance vous protège contre les blessures que vous subissez pendant et en conséquence de ce qui suit :

- a) vous voyagez en tant que passager, dans tout aéronef en vol régulier, spécial ou nolisé d'un transporteur aérien régulier, intérieur ou international, détenant une licence du ministère des Transports du Canada ou de l'autorité gouvernementale régissant ce transporteur aérien dans le pays où il est immatriculé;
- b) vous voyagez en tant que passager, dans tout aéronef des Forces armées canadiennes ou de forces armées semblables de toute autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu;
- c) vous embarquez dans un aéronef ou en débarquez, ou êtes heurté par un aéronef.

Nonobstant a) et b) ci-dessus, la présente police exclut les blessures subies en conséquence de ce qui suit :

- a) vous voyagez en tant que pilote, exploitant ou membre de l'équipage de tout aéronef;
- b) vous voyagez en tant que passager, dans un aéronef que possède, qu'exploite ou que loue le titulaire de la police ou une personne en son nom.

Qui est couvert?

Tous les étudiants actifs, à temps plein ou à temps partiel, âgés de moins de 70 ans, dont le nom figure dans les dossiers de l'administrateur du régime, à condition que l'étudiant suive activement son programme d'études.

Si un étudiant ne suit pas activement son programme d'études à la date à laquelle il devient admissible, la protection sera reportée à la date à laquelle il entreprendra ses études. Par ailleurs, la protection prend fin lorsqu'un étudiant cesse de suivre son programme d'études, en raison d'une absence autorisée, d'une invalidité, de l'abandon d'un cours ou d'une expulsion.

BARÈME DES PRESTATIONS

Voici les montants des prestations pour chaque étudiant admissible. Le montant indiqué s'applique à chaque étudiant, pour chaque accident, conformément aux modalités de la police.

Prestations en cas de décès ou de mutilation accidentels – Montant de la prestation : 10 000 \$

Mort cérébrale : 10 000 \$

Préjudice esthétique : 10 000 \$

<u>Prestations supplémentaires</u>	<u>Montant maximum</u>
Rapatriement	15 000 \$
Réadaptation	15 000 \$
Transport de la famille	15 000 \$
Formation professionnelle du conjoint	15 000 \$
Rénovation résidentielle et modifications au véhicule	10 000 \$
Éducation	5 000 \$
Garderie	5 000 \$
Port de ceinture de sécurité	10 % du capital assuré
Hospitalisation (par mois)	2 500 \$
Dépenses de soins dentaires consécutifs à un accident	1 000 \$
Dépenses de soins médicaux consécutifs à un accident	10 000 \$
Identification	15 000 \$
Deuil	5 000 \$
Frais d'obsèques	2 500 \$

BARÈME DES SINISTRES

Décès ou mutilation accidentels

Si vous subissez une blessure qui entraîne l'une des pertes énumérées ci-dessous dans l'année suivant un accident, Western Life paiera un pourcentage, comme indiqué ci-dessous, de la prestation en cas de décès ou de mutilation accidentels figurant dans le **barème des prestations**. Toutefois, un seul montant sera versé (le plus élevé) pour toutes les blessures résultant d'un seul et même accident. **Pour la perte de ce qui suit :**

% de la prestation

La vie	100 %
La vue totale dans les deux yeux	300 %
La parole et l'ouïe dans les deux oreilles	300 %
Une main et la vue totale dans un œil	300 %
Un pied et la vue totale dans un œil	300 %
La vue totale dans un œil	210 %
La parole	150 %
L'ouïe dans les deux oreilles	300 %
L'ouïe dans une oreille	150 %
Tous les orteils d'un même pied	25 %
Un doigt	10 %
Quatre doigts de la même main	33,33 %

Pour la perte ou la perte de l'usage de ce qui suit :

% de la prestation

Les deux mains	300 %
Les deux pieds	300 %
Les deux bras	300 %
Les deux jambes	300 %
Une main et un pied	300 %
Un bras	225 %
Une jambe	225 %
Une main	210 %
Un pied	210 %
Le pouce et l'index de la même main	50 %

Pour la paralysie de ce qui suit :

% de la prestation

Les membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	300 %
Les deux membres inférieurs (paraplégie)	300 %
Le membre supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiplégie)	300 %

Dans quel contexte les prestations ne sont-elles pas versées?

La présente police ne couvre aucun sinistre, entraînant ou non la mort, causé entièrement ou partiellement par :

- a) un suicide ou une blessure auto-infligée intentionnellement par le membre du régime, sain d'esprit ou non;
- b) une guerre ou une guerre civile, déclarée ou non;
- c) le service à temps plein, à temps partiel ou temporaire dans les forces armées de tout pays;
- d) le fait d'être passager ou autre dans tout véhicule ou appareil de navigation aérienne, autre que ce qui est prévu par la couverture contre les risques d'aviation;
- e) un traitement médical ou une chirurgie, sauf si le traitement médical ou la chirurgie était nécessaire en raison d'un accident.

Désignation de bénéficiaires

La police contient une disposition qui révoque ou limite le droit de la personne couverte par un régime collectif (l'étudiant) de désigner des personnes à qui des prestations seront payables.

- a) À la date d'entrée en vigueur de votre régime, vos bénéficiaires sont les liquidateurs ou les administrateurs de votre succession ou vos héritiers, à moins que vous ne fassiez parvenir à l'administrateur une déclaration écrite désignant un bénéficiaire. Toute désignation ou changement de bénéficiaire prendra effet à la date à laquelle votre déclaration écrite sera reçue au bureau de l'administrateur.
- b) Vous serez considéré comme le bénéficiaire de toutes les autres prestations payables.
- c) Si, lors de votre décès, aucun bénéficiaire n'a été désigné, les prestations seront versées aux liquidateurs ou aux administrateurs de votre succession, ou à vos héritiers.
- d) Si plus d'un (1) bénéficiaire est désigné, sans qu'il soit précisé la part de chacun, les prestations seront versées à parts égales entre eux.
- e) Les droits d'un bénéficiaire qui vous précède vous reviendront.

Réserve de droits

Comme condition préalable à l'obtention des prestations aux termes du présent contrat, l'assureur se réserve le droit de faire ce qui suit :

- a) examiner tous les détails relatifs à la demande de règlement;
- b) exiger que l'assuré subisse un examen médical aux frais de l'assureur;
- c) faire examiner l'assuré aussi souvent qu'il soit raisonnable de le faire pendant que la demande de règlement est à l'étude;
- d) exiger la tenue d'une autopsie de l'assuré en cas de décès, à moins que ce ne soit interdit par la loi ou par les croyances religieuses;
- e) rejeter la demande de règlement, en fonction des renseignements obtenus du rapport du médecin traitant, de l'examen médical, des dossiers de paie ou d'autres sources de données pertinentes.

Demandes de règlement frauduleuses

Toute demande de règlement, au titre de la présente police, qui repose sur des renseignements faux ou inexacts figurant dans une demande de protection, dans une demande de règlement ou dans d'autres documents requis aux fins de vérification en vue du versement de prestations sera rejetée, ou la responsabilité sera attribuée au bénéficiaire si les prestations ont déjà été versées.

Prescription des actions

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue d'obtenir les prestations payables au titre du présent contrat est totalement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par l'*Insurance Act* (Alberta et Colombie-Britannique).

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue d'obtenir les prestations payables au titre du présent contrat est totalement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* (Manitoba).

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue d'obtenir les prestations payables au titre du présent contrat est totalement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par la *Loi sur la prescription des actions, 2002* (Ontario).

Sinon, au Québec, toute action doit être intentée dans les trois (3) années suivant la date à laquelle la preuve est présentée, et dans toutes les autres provinces, dans l'année suivant la date de la perte, ou toute période plus longue exigée en vertu de la loi applicable dans cette province.

Subrogation

L'assureur sera subrogé dans tous les droits de l'assuré à l'encontre d'un tiers responsable des dommages ayant donné lieu au droit de versement des prestations en vertu de la présente police, jusqu'à concurrence des montants payés par l'assureur.

L'assureur peut, dans l'exercice de son droit de subrogation et s'il estime qu'un tiers est responsable, exiger que l'assuré signe, s'il y a lieu, un acte de subrogation en sa faveur, au moment du versement de prestations.

Droit d'accès assuré

Selon ce qu'exigent les lois de votre province ou, si vous résidez en Alberta ou en Colombie-Britannique, l'assuré et tout demandeur peuvent exiger une copie de la demande d'assurance de l'assuré, de toute preuve d'assurabilité et de la police collective (autres que des renseignements commerciaux confidentiels ou autres renseignements soustraits à la divulgation par les lois applicables).

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

SOUSSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de règlement, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime de soins de santé.

Un avis de demande de règlement doit être envoyé à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident, et une preuve de la demande doit être présentée à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

L'omission de fournir un avis de demande de règlement ou la preuve de la demande dans les délais prescrits par les modalités de la police n'invalide pas la demande si l'avis ou la preuve sont fournis dans les plus brefs délais raisonnablement possibles et qu'il est démontré qu'il était raisonnablement impossible de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits. En aucun cas, l'assureur n'acceptera un avis de demande de règlement au-delà d'un (1) an après l'accident.

Ce résumé de couverture a été préparé relativement à un régime collectif offert par Western Life Assurance Company. À des fins pratiques, il constitue seulement une brève description et ne mentionne pas toutes les dispositions du contrat émis. Veuillez noter que les droits et les obligations sont déterminés conformément au contrat et non à ce résumé. Pour connaître les dispositions précises, consultez l'administrateur de votre régime.