



# RÉGIME DE PRESTATIONS

**Association des étudiantes et étudiants aux études supérieures de l'Université Laurentienne**

Division : 32024, 32025

Entrée en vigueur de la version révisée :  
Le 1<sup>er</sup> 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](http://greenshield.ca) pour vous inscrire!

*Votre santé. Vos récompenses.*

**LE PORTAIL SANTÉ**  
**Changer pour la vie<sup>MC</sup> ...**

ACCESSIBLE AUX SERVICES EN LIGNE

**GSC PASSE AU MOBILE.**  
GSC à votre portée<sup>MC</sup>



Apple, Android, and play store icons are shown below the text.



# 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, quotes-parts et 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 pouvez trouver votre carte d'identification sur le site Web du Centre des étudiants à [greenshield.ca/StudentCentre/fr](https://greenshield.ca/StudentCentre/fr). Votre numéro d'identification GSC doit être transcrit sur tous vos formulaires de demande de règlement et votre correspondance. Votre numéro d'identification GSC unique est votre numéro d'identification d'étudiant précédé du préfixe « LES » et se termine par -00 – p. ex., LES111222333-00. Si vous avez des personnes à charge admissibles, leur numéro sera le même sauf qu'il se terminera avec leur propre code unique de personne à charge.

## LES FOURNISSEURS DE VOS PRESTATIONS SONT :

### Green Shield Canada (GSC)

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

### 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](https://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 bénéficiez ou non des prestations de soins de la vue de GSC);
- trouver une pharmacie du réseau Rxnet dans votre région offrant des rabais sur votre partie des coûts de médicaments sur ordonnance.

## 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, soins paramédicaux et 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

<b>BARÈME DES PRESTATIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>ADMISSIBILITÉ</b> .....	<b>6</b>
Pour vous .....	6
Pour les personnes à votre charge .....	6
Date d'entrée en vigueur.....	6
Résiliation .....	6
Enfants à charge – Maintien de la couverture .....	6
Conversion du régime collectif – Régime LIEN d'Assistant-santé de GSC.....	7
<b>DESCRIPTION DES PRESTATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ</b> .....	<b>8</b>
Médicaments sur ordonnance.....	8
Soins de santé complémentaires .....	2
<b>RÉGIME DE SOINS DENTAIRES</b> .....	<b>6</b>
Soins de base.....	6
Soins de base étendus .....	6
Soins majeurs.....	7
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT</b> .....	<b>11</b>
<b>AVERTISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
<b>ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS</b> .....	<b>16</b>

## BARÈME DES PRESTATIONS

### RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Ce barème décrit les franchises, quotes-parts et 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.

<b>Franchise :</b> Aucune		<b>Maximum global :</b> Illimité
Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
<b>Médicaments sur ordonnance</b> – Carte de paiement direct des médicaments	10 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	1 000 \$ par année de régime
Vaccins contre les infections à papillomavirus humain <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaccin Gardasil pour les femmes de 14 à 26 ans et les hommes de 9 à 26 ans seulement</li> <li>▪ Vaccin Cervarix</li> </ul>		Frais raisonnables et habituels (compris dans le maximum de 1 000 \$ applicable aux médicaments sur ordonnance)
<b>Transport d'urgence</b>	20 %	250 \$ par année de régime
<b>Services professionnels</b>	20 %	20 \$ par visite jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de régime pour tous les praticiens combinés
• Acupuncture		
• Chiropratique		
• Massothérapie autorisée (recommandation d'un médecin ou d'un infirmier praticien requise)		
• Naturopathie		
• Physiothérapie		
• Orthophonie		
• Diététique		
• Psychologie		
<b>Soins dentaires consécutifs à un accident</b>	20 %	1000 \$ par année de régime

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
<b>Soins de la vue</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical</li> </ul>	0 %	100 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examens optométriques</li> </ul>	20 %	50 \$ tous les 2 ans, en fonction de la date de la première demande de règlement payée

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

Ce régime ne comprend pas les prestations de voyage.

Vous planifiez un voyage et avez besoin d'une protection pour soins médicaux d'urgence? Vous trouverez tous les renseignements nécessaires sur le site Web du Centre des étudiants, à [student.greenshield.ca/fr](http://student.greenshield.ca/fr).

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Ce barème décrit les franchises, quotes-parts et 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.

<b>Franchise</b>	Aucune
------------------	--------

<b>Guide des tarifs</b>	<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	10 %	500 \$ par personne couverte, par année de régime (soins de base, soins de base étendus et soins majeurs combinés)
Services de restauration de base, chirurgie buccale mineure et chirurgie buccale complète	25 %	
Soins de base étendus	90 %	
Soins majeurs	90 %	

**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<sup>er</sup> septembre au 31 août de chaque année.

**Année civile** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1<sup>er</sup> 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.

**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.

**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 au cours de laquelle 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 LIEN d'Assistant-santé de GSC**

Le régime LIEN d'Assistant-santé 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 d'inscription, ou communiquez avec Prosum Health Benefits Inc., au 1 855 751-6590 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 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 médecin ou votre 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;

- c) Médicaments d'abandon du tabac et produits de substitution de la nicotine (timbres, gomme, pastilles et inhalateurs);
- d) 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;
- e) 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;
- f) Mélanges préparés par un pharmacien non conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

### Soins de santé complémentaires

1. **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.
2. **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.
3. **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.

- 4. 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.
  - e) Lunettes de soleil planes prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques;

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 déclaré 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.



## 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
  - 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
  - protecteur buccal, une fois tous les 12 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée
2. Services de restauration de base :
  - amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage (payées à hauteur du métal complet sur molaire) 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 prothèse 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 de prothèse dentaire 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

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 :
  - le détartrage parodontal ou le surfaçage radiculaire, 8 unités de temps tous les 12 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée
  - équilibrage de l'occlusion – meulage sélectif des surfaces dentaires pour ajuster l'occlusion, 2 unités de temps tous les 12 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée

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.

- appareil contre le bruxisme, une fois tous les 12 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée

## Soins majeurs

1. Restaurations standard de couronnes et d'incrustations pour réparer les dents naturelles malades ou endommagées de façon accidentelle, une fois tous les 5 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
2. Ponts standard, y compris les pontiques, points d'appui et couronnes piliers sur des dents naturelles, une fois tous les 5 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
3. Prothèses dentaires ordinaires, prothèses complètes, immédiates, de transition et partielles, une fois tous les 5 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
4. Réparation ou recollage ordinaire de couronnes, d'incrustations et de ponts sur des dents naturelles

## 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 de vos traitements :

- Dans le cas de tout traitement proposé pour des couronnes, des incrustations ou des ponts, vous **devez** présenter une évaluation des frais préparée par votre dentiste aux fins d'analyse. Par suite de notre analyse, il est possible que nous décidions de ne couvrir qu'un montant inférieur au coût évalué ou de refuser la couverture des soins. Si vous ne présentez pas une évaluation des frais avant le début des traitements, l'analyse de leur admissibilité sera retardée;
- 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 de réduction pour services multiples.
7. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des traitements 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 traitement périodontique; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
8. Les reconstitutions de dents associées à des traitements pour des couronnes ne sont admissibles qu'à des fins de maintien et de préservation des dents. La nécessité de la reconstitution doit être évidente sur les radiographies montées prises avant les traitements. Les reconstitutions de dents pour faciliter la prise d'empreintes ou bloquer des zones de contre-dépouille sont considérées comme comprises dans le coût d'une couronne.
9. Le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps que le curetage gingival.
10. 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.

## 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](http://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. Votre numéro d'identification GSC est votre numéro d'étudiant précédé de « **LES** » – p. ex., **LES111222333**.

Aux fins du **remboursement**, envoyez l'original d'un reçu détaillé (**les reçus de caisse ou de carte de crédit seuls 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 acceptée 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 : Services professionnels	C.P. 1699	Windsor (Ontario)	N9A 7G6
À l'attention de : Service des soins de la vue	C.P. 1615	Windsor (Ontario)	N9A 7J3
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.

## **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](http://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](http://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.

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 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.**

---

# ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS ET DE MUTILATION ACCIDENTELS

## Police GRE1001

Western Life, Compagnie d'assurance-vie (Western Life)

### Portée de la couverture

Le régime d'assurance de base en cas de décès et mutilation accidentels vous offre une protection 24 heures par jour, n'importe où dans le monde, pour des pertes accidentelles spécifiques. Si vous subissez l'une des pertes admissibles mentionnées dans la police qui résultent d'un accident, et que la perte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident, les prestations indiquées dans la police seront versées.

La blessure corporelle qui est causée par l'accident doit être le motif de la demande d'indemnité, mais en aucun cas le terme « blessure » signifie « maladie » ou « affection », sans égard à la cause de celle-ci, sauf si ladite maladie ou affection est causée par un accident.

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

- a) se produit à un moment et à un endroit identifiables;
- b) cause une blessure corporelle inattendue au moment où il se produit; et
- c) découle d'une source externe à la personne assurée.

### Déplacement à bord d'un aéronef

L'assurance comprend les blessures que vous subissez pendant que vous et en conséquence du fait que vous :

- a) vous déplacez à titre de passager à bord d'un aéronef exploité dans le cadre d'un vol régulier, spécial ou nolisé par un transporteur aérien régulier intérieur ou international, détenant un permis de Transports Canada ou de l'autorité gouvernementale compétente habilitée à régir ledit transporteur aérien dans le pays où il est enregistré; ou
- b) vous déplacez à titre de passager à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par un service militaire similaire d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu; ou
- c) montez à bord ou descendez d'un aéronef ou vous faites frapper par un aéronef.

Nonobstant les points a) et b) ci-dessus, la présente police exclut les blessures subies pendant que vous et en conséquence du fait que vous :

- a) vous déplacez à titre de pilote, d'opérateur ou de membre de l'équipage à bord d'un aéronef; ou
- b) vous déplacez à titre de passager à bord d'un aéronef qui appartient à, qui est exploité par, ou qui est loué par ou au nom du titulaire de police.

### Qui est couvert?

Tous les étudiants à temps plein et à temps partiel âgés de moins de 70 ans, dont les noms sont sur le fichier avec l'administrateur du régime, à condition que l'étudiant suive activement son programme de cours.

---

**Si un étudiant ne suit pas activement son programme de cours à la date** à laquelle il devient admissible, la couverture sera retardée jusqu'à ce qu'il retourne aux études. De plus, la couverture est résiliée lorsqu'un étudiant cesse de suivre son programme de cours en raison d'absence, d'invalidité d'abandon de cours ou de renvoi.

### **TABLEAU DES PRESTATIONS**

Les montants d'indemnité pour chaque étudiant admissible sont indiqués ci-dessous. Le montant indiqué s'applique à chaque étudiant par accident, sous réserve de toutes les modalités et conditions de la police.

#### **Décès et mutilation accidentels - Montant des prestations : 10 000 \$**

**Mort cérébrale.....10 000 \$**

**Défiguration esthétique.....10 000 \$**

#### **Prestations additionnelles**

#### **Montant maximal**

Frais de rapatriement .....	15 000 \$
Frais de réadaptation .....	15 000 \$
Frais de transport de membres de la famille .....	15 000 \$
Frais de formation professionnelle (conjoint) .....	15 000 \$
Frais de modification de résidence et de véhicule .....	10 000 \$
Frais de scolarité .....	5000 \$
Frais de garde d'enfants .....	5000 \$
Port de ceinture de sécurité .....	10 % du capital assuré
Frais d'hospitalisation (par mois) .....	2500 \$
Frais dentaires en cas d'accident .....	1000 \$
Remboursement des frais médicaux en cas d'accident .....	10 000 \$
Identification .....	15 000 \$
Deuil .....	5000 \$
Frais funéraires .....	2500 \$

---

## TABLEAU DES PERTES

### Décès et mutilation accidentels

Si vous subissez une blessure qui entraîne l'une des pertes mentionnées ci-dessous durant l'année qui suit la date de l'accident, Western Life versera un pourcentage du montant de l'indemnité applicable au décès et à la mutilation accidentels indiquée dans le Tableau des prestations; toutefois, pas plus d'une prestation (la plus élevée) ne sera versée pour toutes les blessures causées par un même accident.

<b>Pour la perte :</b>	<b>% du montant de l'indemnité</b>
De la vie	100 %
De la vision complète des deux yeux	300 %
De la parole et de l'ouïe des deux oreilles	300 %
D'une main et de la vision complète d'un œil	300 %
D'un pied et de la vision complète d'un œil	300 %
De la vision complète d'un œil	210 %
De la parole	150 %
De l'ouïe des deux oreilles	300 %
De l'ouïe d'une oreille	150 %
De tous les orteils d'un même pied	25 %
D'un doigt	10 %
De quatre doigts d'une même main	33,33 %
<b>Pour la perte ou la perte d'usage :</b>	<b>% du montant de l'indemnité</b>
Des deux mains	300 %

Des deux pieds	300 %
Des deux bras	300 %
Des deux jambes	300 %
D'une main et d'un pied	300 %
D'un bras	225 %
D'une jambe	225 %
D'une main	210 %
D'un pied	210 %
Du pouce et de l'index d'une même main	50 %
<b>Pour la paralysie :</b>	<b>% du montant de l'indemnité</b>
Des deux membres supérieurs et inférieurs (quadruplégie)	300 %
Des deux membres inférieurs (paraplégie)	300 %
Des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémiparésie)	300 %

## Exclusions

La présente police ne couvre aucun sinistre, fatal ou non, causé ou favorisé par :

- a) un suicide ou une blessure auto-infligée de façon intentionnelle, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- b) la guerre ou une guerre civile, déclarée ou non;
- c) le service actif à temps plein ou partiel dans les forces armées de tout pays;
- d) le déplacement à titre de passager ou à un autre titre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, autre que le déplacement prévu à l'article Déplacement à bord d'un aéronef;
- e) le traitement médical ou la chirurgie, sauf si le traitement médical ou la chirurgie était nécessaire en raison d'un accident.

---

## Désignation des bénéficiaires

**La présente police renferme une disposition permettant de retirer ou de limiter le droit du groupe de personnes assurées (l'étudiant) de désigner les personnes auxquelles doivent être versées les prestations payables.**

- a) À la date d'entrée en vigueur de l'assurance individuelle, le bénéficiaire est votre exécuteur testamentaire ou administrateur de la succession, ou vos héritiers, sauf si vous avez remis à l'administrateur une déclaration écrite dans laquelle vous désignez un bénéficiaire. Toute désignation ou modification de bénéficiaire entrera en vigueur à la date à laquelle votre déclaration écrite est reçue au bureau de l'administrateur.
- b) vous serez considéré comme étant le bénéficiaire de toutes autres indemnités payables.
- c) S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné au moment de votre décès, les prestations seront versées aux exécuteurs testamentaires ou aux administrateurs de votre succession, ou à vos héritiers.
- d) Si plus d'un (1) bénéficiaire est désigné sans mention de leur part respective, les prestations leur seront versées en parts égales.
- e) Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant vous vous reviendront.

## Droits réservés

Comme condition préalable au recouvrement de prestations au titre du présent contrat, l'assureur se réserve le droit :

- a) d'examiner tous les détails relatifs à la demande de prestations;
- b) d'exiger que la personne assurée subisse un examen médical aux frais de l'assureur;
- c) de faire passer des examens à la personne assurée, aussi souvent et au moment où il le juge raisonnable, pendant que la demande d'indemnité au titre des présentes est à l'étude;
- d) d'exiger, en cas de décès, qu'une autopsie de la personne assurée soit pratiquée, à moins que la loi ou qu'une croyance religieuse ne l'interdise;
- e) de rejeter la demande de prestations à la lumière des renseignements consignés dans le rapport du médecin traitant, des résultats de l'examen médical, des documents relatifs à la paie, ou d'autres sources de données pertinentes.

## Demandes frauduleuses

Toute demande d'indemnité au titre de la police dont les formulaires de proposition et de demande ou autres documents contiennent des renseignements faux ou erronés, qui sont requis pour vérifier les indemnités payables, donnera lieu à notre refus de verser ces indemnités ou le bénéficiaire devra en assumer la responsabilité s'il a déjà exercé son droit à l'égard des indemnités ou si elles lui ont déjà été versées.

## Recours légal

Tout recours en justice intenté contre un assureur pour le recouvrement de prestations payables au titre du contrat est absolument interdit, sauf si ce recours a été entrepris dans le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (Alberta et Colombie-Britannique).

---

Tout recours en justice intenté contre un assureur pour le recouvrement de prestations payables au titre du présent contrat est absolument interdit, sauf si ce recours a été entrepris dans le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (Manitoba).

Tout recours en justice intenté contre un assureur pour le recouvrement de prestations payables au titre du présent contrat est absolument interdit, sauf si ce recours a été entrepris dans le délai prévu par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (Ontario).

Par ailleurs, au Québec, tout recours en justice doit être intenté dans les trois (3) ans suivant la date à laquelle la preuve a été fournie, mais pour toutes les autres provinces, ce délai est d'un (1) an suivant la date du sinistre ou une période plus longue selon que le permet la loi applicable dans la province visée.

### **Subrogation**

L'assureur sera subrogé dans tous les droits des personnes assurées contre la tierce partie responsable des dommages ayant donné lieu au droit au versement de prestations au titre de la présente police, jusqu'à concurrence de la limite des montants payés par l'assureur.

L'assureur peut, dans le cadre de l'exercice de ses droits de subrogation et s'il estime qu'une tierce partie est responsable, exiger que la personne assurée signe, s'il y a lieu, un acte de subrogation en faveur de l'assureur au moment du paiement de prestations.

### **Droit d'accès de l'assuré**

Conformément à votre législation provinciale, ou si vous résidez en Alberta ou en Colombie-Britannique, la personne assurée, ou tout demandeur, peut demander une copie du formulaire de proposition de la personne assurée, de la preuve d'assurabilité écrite et de la police d'assurance collective (à l'exception de l'information commerciale confidentielle ou de toute autre information qui ne peut être divulguée en vertu des lois applicables).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le régime, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.



---

## COMMENT PRODUIRE UNE DEMANDE D'INDEMNISATION

En cas de demande d'indemnité, communiquez avec l'administrateur du régime.

L'avis de demande d'indemnité doit être remis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à l'assureur dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident

Le défaut de transmettre un avis de demande d'indemnité ou de présenter une preuve de sinistre dans les délais prescrits dans la police n'invalidera pas la demande de prestations si l'avis ou la preuve sont soumis dès que les circonstances le permettent, et s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de produire ladite preuve ou ledit avis dans les délais prescrits. L'assureur n'acceptera en aucun cas un avis de demande d'indemnité plus de 1 an après la date du sinistre.

*Le présent résumé a été rédigé aux fins d'un régime collectif souscrit par la Western Life, Compagnie d'assurance-vie. Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police émise. Rappel : les droits et les obligations des parties aux présentes sont régis par le contrat et non par le présent résumé. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec **l'administrateur du régime**.*