

MON LIVRET DE RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX

DHL Global Forwarding

Classification (si applicable) : Salariés

DIVISION DE FACTURATION : 300

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2013

BIENVENUE À VOTRE RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE ET DE SOINS DENTAIRES

À PROPOS DE CE LIVRET

Ce livret contient des renseignements importants dont vous aurez besoin à propos de votre régime collectif avec **DHL Global Forwarding**, votre promoteur de régime, offert par l'entremise du contrat collectif conclu avec Green Shield. Il comprend les éléments suivants :

- une table des matières, pour permettre l'accès facile et rapide aux informations que vous cherchez;
- une description des prestations, énumérant les franchises, les quotes-parts et les maximums qui peuvent affecter le montant qui vous est versé;
- une section de définitions des termes courants utilisés dans le livret;
- des descriptions détaillées des indemnités pour chaque prestation de votre régime collectif;
- les renseignements nécessaires pour présenter une demande de règlement.

Vous êtes invité à lire ce livret attentivement; veuillez le conserver en lieu sûr, de façon à pouvoir le consulter lorsque vous présenterez des demandes de règlement.

Vous recevrez la ou les cartes d'identité à utiliser lors de vos demandes de règlement. Veuillez mentionner dans toute correspondance le numéro d'identification Green Shield indiqué sur la carte. Votre numéro apparaît sur le devant de la carte et se termine par -00, tandis que les personnes à votre charge et leurs numéros respectifs figurent au verso.

SERVICES EN LIGNE POUR LES MEMBRES DU RÉGIME

En plus de ce livret et de l'accès à notre centre du service à la clientèle, nous vous invitons à consulter notre site Web sécurisé. Notre site Web répondra aux questions les plus courantes et vous donne accès en ligne à ce qui suit :

- un livret du régime d'avantages sociaux
- Formulaire de demande de règlement personnalisés et facilement imprimables;
- informations d'admissibilité aux indemnités, comme la date à laquelle vous avez droit à votre prochain examen de rappel dentaire;
- L'explication des prestations et l'historique des demandes de règlement pour vous et les personnes à votre charge
- historique des demandes de règlement aux fins de l'impôt ou de la coordination des prestations;
- demande de versements directs des règlements sur un compte bancaire;*
- et davantage.

Inscrivez-vous en ligne à greenshield.ca et voyez tout ce que notre site peut faire pour vous!

*Veuillez prendre note qu'une fois les dispositions prises pour le dépôt direct, les règlements sont versés directement sur le compte de banque que vous avez désigné. Les relevés ne vous sont plus expédiés, mais sont accessibles en ligne pour consultation.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES PRESTATIONS	1
DÉFINITIONS	6
ADMISSIBILITÉ.....	8
Pour vous	8
Pour vos personnes à charge.....	8
Date d'entrée en vigueur de la protection	8
Maintien des prestations pour les enfants à charge.....	9
Maintien des prestations pour les survivants	9
Conversion du régime collectif - Programme PRISM CONTINUUM®.....	9
DESCRIPTION DES PRESTATIONS	10
RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE	10
Médicaments sur ordonnance	10
Services de santé complémentaires	11
VOYAGE.....	17
RÉGIME DE PRESTATIONS DENTAIRE	23
Services de base.....	23
Services tous risques de base.....	24
Services majeurs.....	24
Services orthodontiques	24
COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ (CDM)	28
RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT	31
ACCORD DU RÉSEAU DE FOURNISSEURS PRIVILÉGIÉS DE SOINS DE LA VUE.....	35
NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ	36

RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE

TABLEAU DES PRESTATIONS

Le sommaire des prestations décrit les franchises, quotes-parts et maximums qui peuvent s'appliquer si vous êtes un employé salarié.

Tous les détails sur les indemnités sont fournis dans la section sur la description des prestations de ce livret. Assurez-vous de lire ces pages attentivement. Elles présentent les conditions, les limitations et les exclusions qui peuvent s'appliquer aux prestations. Tous les maximums pécuniaires sont exprimés en dollars canadiens payés. **Vous n'êtes couvert que pour les avantages spécifiques auxquels vous avez souscrit.**

DHL Global Forwarding offre quatre options d'assurance-maladie à choix, tel que décrit ci-dessous. Chacune de ces options représente un niveau de couverture différent. Veuillez vous référer à la section Admissibilité de ce livret pour obtenir de plus amples renseignements sur les règles relatives à l'inscription et au choix.

Ce régime collectif de prestations est complémentaire à votre régime d'assurance maladie provincial. Les prestations indiquées ci-dessous sont admissibles si elles sont raisonnables, de pratique courante et médicalement nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Au sujet des prestations d'assurance-voyage

Les services hospitaliers et médicaux ne sont admissibles que si votre régime d'assurance maladie provincial prévoit des prestations pour le coût des services administrés.

Les services d'urgence admissibles ne seront remboursés que s'ils ont été rendus nécessaires par une maladie ou une blessure survenue en vacances ou en voyage pour une raison autre que la santé.

Franchise (uniquement pour l'option 2) :	25 \$ par personne assurée, 50 \$ par famille, par année civile (ne s'applique pas aux dépenses en matière de voyage, de médicaments sur ordonnance ou de soins de la vue)	Maximum global :	Illimité par personne assurée, par année civile
---	--	-------------------------	---

Votre régime couvre :	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Prestations d'assurance-voyage <ul style="list-style-type: none"> • Nombre maximal de jours par voyage • Services d'urgence • Services de référence 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 0 % • 60 jours • Maximum illimité • Maximum de 50 000 \$ à vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 0 % • 60 jours • Maximum illimité • Maximum de 50 000 \$ à vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 0 % • 60 jours • Maximum illimité • Maximum de 50 000 \$ à vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 0 % • 60 jours • Maximum illimité • Maximum de 50 000 \$ à vie
Médicaments sur ordonnance – Carte d'assurance-médicaments (paiement direct) (Régime générique) <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments fécondostimulants 	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part s'élève à 30 % plus les frais de préparation des médicaments qui sont supérieurs à 6 \$ par ordonnance ou renouvellement • Maximum de 6 000 \$ à vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part s'élève à 20 % plus les frais de préparation des médicaments qui sont supérieurs à 6 \$ par ordonnance ou renouvellement • Maximum de 6 000 \$ à vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part représente tous les frais de préparation des médicaments qui sont supérieurs à 6 \$ par ordonnance ou renouvellement • Maximum de 6 000 \$ à vie

SOMMAIRE DES PRESTATIONS

RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

Votre régime couvre :	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments de sevrage du tabac Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile Tous les autres médicaments 		<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 125 \$ à vie Maximum de 1 000 \$ par année civile Maximum illimité 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 125 \$ à vie Maximum de 1 000 \$ par année civile Maximum illimité 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 125 \$ à vie Maximum de 1 000 \$ par année civile Maximum illimité
<p>Hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpital général public ou hôpital pour convalescents ou centre de réadaptation – chambre semi-privée Hôpital général public ou hôpital pour convalescents ou centre de réadaptation – chambre individuelle Hôpital public de soins de longue durée - chambre semi-privée 	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Frais raisonnables et de pratique courante <p>Non couvert(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 \$ par jour jusqu'à concurrence de 120 jours par année civile 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Frais raisonnables et de pratique courante <p>Non couvert(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 \$ par jour jusqu'à concurrence de 120 jours par année civile 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Frais raisonnables et de pratique courante Frais raisonnables et de pratique courante 3 \$ par jour jusqu'à concurrence de 120 jours par année civile
<p>Prothèses auditives</p> <ul style="list-style-type: none"> Prothèses auditives non classiques Prothèses auditives classiques 	Non couvert(s)	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Maximum par oreille de 2 400 \$ tous les 12 mois, en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement Frais raisonnables et de pratique courante 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Maximum par oreille de 2 400 \$ tous les 12 mois, en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement Frais raisonnables et de pratique courante
<p>Articles et services médicaux</p> <p>Chaussures</p> <ul style="list-style-type: none"> Bottes ou chaussures faites sur mesure Orthèses faites sur mesure et chaussures orthopédiques en vente libre 	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 30 % 250 \$ par année civile Maximum combiné de 200 \$ tous les 2 ans pour les personnes assurées âgées de 18 ans au moins (chaque année civile pour les personnes assurées de moins de 17 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 250 \$ par année civile Maximum combiné de 200 \$ tous les 2 ans pour les personnes assurées âgées de 18 ans au moins (chaque année civile pour les personnes assurées de moins de 17 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 250 \$ par année civile Maximum combiné de 200 \$ tous les 2 ans pour les personnes assurées âgées de 18 ans au moins (chaque année civile pour les personnes assurées de moins de 17 ans)

SOMMAIRE DES PRESTATIONS

RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

Votre régime couvre :	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
<ul style="list-style-type: none"> Examens de la vue effectués par un optométriste Examens de diagnostic, analyses de laboratoire et radiographies Autres articles et services – Voir la section sur la description des prestations pour plus de détails 		<ul style="list-style-type: none"> Une fois tous les 2 ans en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement, sous réserve d'un maximum de 80 \$ 500 \$ par année civile Raisonnables et de pratique courante 	<ul style="list-style-type: none"> Une fois tous les 2 ans en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement, sous réserve d'un maximum de 80 \$ 500 \$ par année civile Raisonnables et de pratique courante 	<ul style="list-style-type: none"> Une fois tous les 2 ans en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement, sous réserve d'un maximum de 80 \$ 500 \$ par année civile Raisonnables et de pratique courante
Le transport d'urgence	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 30 % Frais raisonnables et de pratique courante 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Frais raisonnables et de pratique courante 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % Frais raisonnables et de pratique courante
Soins infirmiers privés à domicile	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 20 % 10 000 \$ tous les 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 10 000 \$ tous les 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 10 000 \$ tous les 3 ans
Services professionnels <ul style="list-style-type: none"> Chiropraticien Massothérapeute autorisé Naturopathe Ostéopathe Orthophoniste Podologue/podiatre Acupuncteur Praticien en science chrétienne Psychologue Physiothérapeute Travailleur social/thérapeute (Pour les résidents du Québec seulement) 	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 20 % 300 \$ par année civile par praticien Votre quote-part est de 20 % Maximum illimité Votre quote-part est de 50 % 300 \$ par année civile (montant combiné avec les services d'un psychologue) 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 300 \$ par année civile par praticien Votre quote-part est de 0 % Maximum illimité Votre quote-part est de 50 % 300 \$ par année civile 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 300 \$ par année civile par praticien Votre quote-part est de 0 % Maximum illimité Votre quote-part est de 50 % 300 \$ par année civile
Prestations dentaires en cas d'accident	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 20 % 5 000 \$ par accident 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 5 000 \$ par accident 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 5 000 \$ par accident

Votre régime couvre :	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
<p>Soins de la vue</p> <ul style="list-style-type: none"> Lunettes ou lentilles cornéennes sur ordonnance ou lentilles cornéennes médicalement nécessaires ou chirurgie oculaire au laser 	<p>Non couvert(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 150 \$ par 24 mois consécutifs, en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 200 \$ par 24 mois consécutifs, en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement 	<ul style="list-style-type: none"> Votre quote-part est de 0 % 300 \$ par 24 mois consécutifs, en fonction de la date de paiement de la première demande de règlement

SOMMAIRE DES PRESTATIONS

RÉGIME DE PRESTATIONS DENTAIRES

Le sommaire des prestations décrit les franchises, quotes-parts et maximums qui peuvent s'appliquer si vous êtes un employé salarié.

Tous les détails sur les indemnités sont fournis dans la section sur la description des prestations de ce livret. Assurez-vous de lire ces pages attentivement. Elles présentent les conditions, les limitations et les exclusions qui peuvent s'appliquer aux prestations. Tous les maximums pécuniaires sont exprimés en dollars canadiens payés. **Vous n'êtes couvert que pour les avantages spécifiques auxquels vous avez souscrit.**

DHL Global Forwarding offre quatre options de prestations dentaires à choix, tel que décrit ci-dessous. Chacune de ces options représente un niveau de couverture différent. Veuillez vous référer à la section Admissibilité de ce livret pour obtenir de plus amples renseignements sur les règles relatives à l'inscription et au choix.

Franchise :	Nul
Guide des honoraires :	<p>Le Guide des honoraires de l'association dentaire provinciale en cours pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus</p> <p>Pour l'Alberta, qui n'a aucun guide des honoraires, le remboursement sera en fonction d'une grille tarifaire établie par Green Shield pour cette province</p>

Votre régime couvre :	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Services de base et Services tous risques de base	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 25 % • Maximum illimité par personne assurée par année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 0 % • Maximum illimité par personne assurée par année civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 0 % • Maximum illimité par personne assurée par année civile
Services majeurs	Non couvert(s)	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 50 % • 2 000 \$ par personne assurée par année civile (services majeurs et ajustements des prothèses dentaires combinés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 50 % • Maximum illimité par personne assurée par année civile
Services orthodontiques	Non couvert(s)	Non couvert(s)	Non couvert(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Votre quote-part est de 50 % • 2 500 \$ par personne assurée à vie, seulement pour les personnes à charge âgées de moins de 20 ans

Prédétermination

Il est fortement recommandé de vérifier les points suivants avant le début de votre traitement :

- Pour tous les traitements proposés pour les couronnes, les implants et les ponts, une estimation de votre dentiste **doit** être présentée pour évaluation. Notre évaluation du traitement proposé peut entraîner le versement de prestations moindres ou le refus de toute indemnité. À défaut de présenter une estimation avant le début du traitement, l'évaluation sera retardée.
- Si le coût total de tout autre traitement proposé dépasse 300 \$, il est recommandé de soumettre une estimation des coûts établie par votre dentiste.

DÉFINITIONS

Sauf mention contraire, les définitions suivantes s'appliquent à l'ensemble de ce livret.

Montant autorisé signifie, comme déterminé par Green Shield :

- a) Médicaments – la politique de tarification nationale de Green Shield et/ou les frais raisonnables et de pratique courante;
- b) Services de santé complémentaires – les frais raisonnables et habituels pour le service ou l'accessoire, mais ne dépassant pas les montants prévalant dans la région où les frais sont engagés pour un service ou un accessoire de même genre;
- c) Soins dentaires – le guide des honoraires de l'association dentaire provinciale applicable pour les praticiens généralistes, tel qu'établi au Sommaire des prestations.

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

Pour les médicaments

La quote-part est le montant rendu que vous devez payer, pour vous-même ou vos personnes à charge, avant qu'une dépense de règlement ne soit engagée.

Pour les autres prestations d'assurance maladie et dentaires

La quote-part est le montant admissible admis que vous devez payer, pour vous-même ou vos personnes à charge, avant que le remboursement d'une dépense ne soit fait.

La personne assurée désigne le membre du régime qui est inscrit au régime ou les personnes à sa charge qui sont inscrites.

Chaussures ou bottes faites sur mesure désignent les chaussures conçues pour une personne dont l'état est tel qu'elle ne peut pas utiliser les chaussures existantes sur le marché. Pour la fabrication de ces chaussures, il faut faire un moule spécial du pied de l'assuré et utiliser des matières brutes à 100 %. (Ces chaussures sont utilisées pour s'adapter aux malformations osseuses et structurelles des pieds et des jambes résultant d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une déformation congénitale).

Orthèse du pied sur mesure désigne un dispositif fabriqué à partir de la matière brute et d'un modèle en trois dimensions du pied du patient. (Ce dispositif est utilisé pour soulager la douleur du pied associée à un équilibre biomécanique défectueux des pieds et des membres inférieurs.)

La franchise est le montant qui doit être payé par vous ou en votre nom ou celui de la personne à votre charge au cours d'une année civile quelconque avant que le remboursement d'une dépense admissible ne soit fait.

Personne à charge désigne

- a) votre conjoint, si vous êtes marié légalement ou si vous vivez en union de fait depuis plus de 12 mois consécutifs. Un seul conjoint peut être couvert par le contrat collectif à un moment donné;
- b) votre enfant non marié et âgé de moins de 21 ans;
- c) votre enfant non marié et âgé de moins de 25 ans, s'il est étudiant à temps plein dans un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement agréé;
- d) votre enfant non marié, quel que soit son âge, s'il est totalement handicapé en raison d'une incapacité mentale ou physique, que son état est permanent et qu'il est considéré comme personne à charge selon la définition figurant dans la Loi de l'impôt sur le revenu.

DÉFINITIONS

Votre enfant (le vôtre ou celui de votre conjoint légitime, naturel, adopté légalement par vous ou votre conjoint) doit demeurer avec vous dans une relation parent-enfant ou être à votre charge (ou les deux) et ne pas avoir d'emploi régulier.

Les enfants qui fréquentent à plein temps un établissement scolaire reconnu ne sont pas tenus d'habiter avec vous ou de fréquenter une école dans votre province. Si l'école est située dans une autre province, vous devez faire une demande auprès de votre régime provincial d'assurance-maladie pour obtenir une assurance complémentaire afin que votre enfant continue à être assuré en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie. (Veuillez prendre note que les limitations du régime de prestations d'assurance-voyage sont toujours applicables.)

Une urgence désigne tout événement soudain et inattendu (maladie ou blessure) qui nécessite des soins médicaux immédiats. Cela comprend le traitement (nécessaire) destiné à apporter un soulagement immédiat en cas de douleur intense, de souffrances ou d'une maladie et qui ne peut pas être différé jusqu'à ce que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement apte à retourner dans votre province de résidence.

Première demande de règlement payée fait référence à la date de service réelle de la première demande de règlement ou une demande antérieure, payée par Green Shield.

Blessure désigne un événement inattendu ou imprévisible survenu à la suite d'un acte violent, soudain et inattendu provenant d'une source extérieure.

Membre du régime s'applique à vous-même lorsque vous êtes inscrit au régime de prestations.

Chambre d'hôpital privée réfère à une chambre n'ayant qu'un seul lit de traitement.

Raisnable et de pratique courante signifie, de l'avis de Green Shield, les frais habituels du fournisseur pour le service ou la prestation, en l'absence d'assurance, mais ne dépassant pas les montants prévalant dans la région où les frais sont engagés, pour un service ou une prestation équivalent.

Montant remis définit le montant facturé par un fournisseur pour un service et remis en paiement d'une demande de règlement.

Chambre d'hôpital semi-privée réfère à une chambre n'ayant que deux lits de traitement.

Chaussures de production signifie toute chaussure de série en vente libre sur le marché actuel, sans avoir à y apporter des modifications.

ADMISSIBILITÉ

Pour vous-même

Pour avoir droit à la protection, vous devez être :

- a) un membre du régime résident du Canada;
- b) couvert par votre régime d'assurance maladie provincial;
- c) employé activement pendant au moins 25 heures par semaine, sur une base régulière.

Pour les personnes à votre charge

Pour avoir droit à la protection, vous devez être :

- a) admissible aux prestations en vertu de ce régime, et
- b) chaque personne à votre charge doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie.

Date d'entrée en vigueur de la protection

Votre protection entre en vigueur à la date où vous devenez admissible, si vous avez satisfait aux exigences sur l'admissibilité et que vous participez au régime.

Vous serez admissible à la couverture de protection le premier jour suivant une période de trois mois de service actif continu.

La couverture des personnes à votre charge commence le même jour que la vôtre.

Inscription

Le processus d'inscription démarre au moment où vous recevez une lettre des Ressources humaines. Vous avez le droit de choisir l'une des options 1, 2, 3 ou 4 en matière de prestations d'assurance maladie*, de soins de la vue, d'assurance-voyage* et de soins dentaires. L'option 1 est obligatoire si aucune autre option n'est choisie.

* Les résidents du Québec âgés de moins de 65 ans doivent choisir l'option d'assurance maladie et d'assurance-voyage 2, 3 ou 4, sauf si le régime de leur conjoint leur offre cette protection.

Si vous décidez de renoncer à la protection pour les soins de la vue ou les soins dentaires, mais que vous changiez d'avis ultérieurement, vous devez choisir l'option 2. Lorsque vous êtes inscrit au régime de prestations, vous ne pouvez changer d'option qu'une fois par année, en choisissant celle qui précède ou suit immédiatement. Si vous décidez de renoncer à la protection, il vous faut d'abord choisir l'option 2.

Si vous avez renoncé à la protection parce que vous étiez couvert par le régime de votre conjoint en matière d'assurance maladie, de soins de la vue ou de soins dentaires, vous devez demander la couverture de protection au promoteur de votre régime dans les 31 jours à compter de la résiliation de la couverture au régime de votre conjoint.

Votre promoteur de régime est seul responsable de présenter tous les formulaires requis à Green Shield à la date d'entrée en vigueur du présent régime, ou à la date à laquelle vous devenez admissible pour la première fois.

Réinscription

Vous avez le droit de changer d'option chaque année, le 1^{er} janvier. Vous pouvez également décider de changer d'option dans les 31 jours suivant un changement qui se produit dans votre vie.

ADMISSIBILITÉ

Changement survenu dans votre vie

Un changement survenu dans votre vie se produit lorsque :

1. une personne à charge s'ajoute à celle(s) déjà inscrite(s);
2. votre statut matrimonial change;
3. la protection de votre conjoint(e) cesse de façon involontaire;
4. l'une ou l'autre de vos personnes à charge n'est plus admissible; ou
5. l'une de vos personnes à charge décède.

Résiliation

Votre protection prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle votre emploi prend fin;
- b) la date à laquelle vous ne travaillez plus activement;
- c) la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans pour les prestations d'assurance-voyage et pour les soins infirmiers privés à domicile dans le cadre du régime d'assurance maladie;
- d) la fin de la période pendant laquelle les primes ont été payées à Green Shield pour votre protection;
- e) la date à laquelle le régime collectif prend fin.

La couverture de protection pour les personnes à votre charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle votre couverture prend fin;
- b) la date à laquelle la personne à votre charge n'est plus admissible;
- c) le premier jour du mois suivant la date à laquelle votre enfant à charge atteint l'âge limite fixé;
- d) la fin de la période pour laquelle les cotisations dues pour la protection des personnes à charge ont été payées;
- e) la date à laquelle le régime collectif prend fin.

Maintien des prestations pour les enfants à charge

Tout enfant à charge dont la protection se termine en raison du fait qu'il a atteint l'âge limite peut voir sa protection maintenue dans les cas suivants :

- a) votre enfant est à votre charge en raison d'un handicap physique ou mental qui existait avant qu'il n'atteigne l'âge limite et
- b) le handicap de votre enfant existe toujours, depuis ce moment.

Maintien des prestations pour les survivants

(ne s'applique pas au compte de dépenses de soins de santé)

Dans le cas de votre décès, alors que vous êtes toujours couvert en vertu de ce régime, la protection de vos personnes à charge admissibles se poursuivra jusqu'à la première des dates suivantes avec paiement des taux :

- a) 24 mois après la date de votre décès;
- b) la date à laquelle la personne assurée ne serait plus considérée comme étant une personne à charge, en vertu de ce régime, si vous viviez toujours ou
- c) la date à laquelle la protection s'appliquant à votre personne à charge prend fin.

Conversion du régime collectif - Programme PRISM CONTINUUM®

Le programme PRISM CONTINUUM® offre trois régimes qui sont destinés à vous fournir une protection si vous quittez le régime collectif d'un employeur.

Ce programme peut représenter une bonne solution pour vous, votre conjoint ou vos enfants à charge, si vous perdez ou avez perdu les prestations du régime collectif d'un employeur au cours des 60 derniers jours et cherchez une couverture de protection.

Communiquez avec nous au 416-601-0429 pour la région de Toronto, ou sans frais au 1-800-667-0429 pour obtenir une trousse de renseignements ou visitez notre site Web à l'adresse greenshield.ca. La couverture est garantie si vous en faites la demande dans les 60 jours suivant la résiliation de votre régime collectif Green Shield.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE

Les prestations décrites ci-dessous sont admises, jusqu'au maximum du montant énoncé au sommaire des prestations, si elles sont raisonnables et de pratique courante, de même que médicalement nécessaires dans le traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Médicaments sur ordonnance

Indemnités pour des médicaments prescrits, jusqu'au montant établi au sommaire des prestations, qui

- a) sont prescrits par un médecin ou par un dentiste reconnu, tel qu'autorisé par la loi;
- b) nécessitent une ordonnance d'après la loi;
- c) qui sont payés sur une base Payer directement.

Sur approbation de Green Shield, ce régime comprend les médicaments pour lesquels la loi n'exige pas d'ordonnance, notamment l'insuline et les autres substances injectables approuvées, ainsi que les accessoires connexes tels que seringues pour diabétiques, aiguilles et agents réactifs.

Certains médicaments peuvent requérir une approbation préalable, ce sur quoi votre pharmacien pourra vous renseigner.

La quantité de médicaments sur ordonnance remise ne peut, en aucun cas, dépasser le nécessaire de trois mois (ou de six mois si une réserve pour les vacances est nécessaire) à la fois, ni dépasser une provision de 13 mois au cours de toute période de 12 mois consécutifs.

Substitution de médicaments génériques (SMG)

Le remboursement sera effectué en fonction du coût du médicament équivalent le moins cher, conformément aux lois provinciales explicites, à moins que votre médecin/dentiste se soit opposé à la substitution du médicament prescrit.

Remarque :

Prestations pour médicaments
après l'âge de 65 ans :

La quote-part et la franchise du régime d'indemnités pour médicaments dans votre province de résidence (lorsqu'applicable) **est** un service admissible.

Résidents du Québec
seulement :

La loi stipule que Green Shield doit se conformer aux directives sur le remboursement émises par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et ce, pour tous les résidents de la province de Québec. Si vous n'avez pas encore atteint l'âge de 65 ans, vous devez vous inscrire au régime de prestations-médicaments de Green Shield qui devient alors le seul payeur. Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, l'inscription auprès de la RAMQ est automatique, l'inscription au régime de prestations-médicaments de Green Shield est facultative et la RAMQ devient alors le premier payeur.

Si certaines dispositions de ce régime ne répondent pas aux exigences de la RAMQ, des ajustements au régime actuel seront apportés automatiquement pour corriger la situation.

Les prestations admissibles n'incluent pas les produits suivants pour lesquels aucun montant n'est versé :

- a) les produits qui peuvent être légalement vendus ou offerts à la vente autrement qu'auprès de pharmaciens-détaillants, et que les praticiens ne considèrent habituellement pas comme des médicaments exigeant une ordonnance, à l'exclusion des produits de sevrage du tabac;
- b) les ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un état pathologique ou d'une maladie et qui sont jugés de nature expérimentale et/ou pouvant être au stade des essais;
- c) les mélanges, composés par un pharmacien, qui ne sont pas conformes à la politique actuelle de Green Shield en matière de médicaments composés.

Services de soins de santé complémentaires

1. **Séjour à l'hôpital** : le remboursement, comme montré au sommaire des prestations, des frais raisonnables et habituels pour la région où les services ont été administrés, pour un séjour dans un hôpital général public, dans un centre de convalescence ou de réadaptation ou dans une section d'un hôpital général public destinée à la convalescence ou à la réadaptation, à condition que votre régime d'assurance maladie provincial ait accepté, ou convenu, de couvrir le tarif normal pour une chambre d'hôpital.
2. **Ouïe** : remboursement pour les prothèses auditives, les réparations ou les pièces de rechange, sur recommandation ou approbation du médecin traitant reconnu par la loi, jusqu'au montant maximum établi au sommaire des prestations. Aucun montant n'est payé pour les piles.
3. **Services et équipements médicaux** : Le remboursement des frais raisonnables et habituels, jusqu'au montant maximum, lorsqu'applicable, tel qu'établi au sommaire des prestations, pour :
 - a) Aides fonctionnelles pour la vie quotidienne : lits de style hôpital, incluant les ridelles et le matelas; bassin hygiénique; commode standard; accessoires anti-décubitus; potence pour intraveineuses; lève-patient portatif (y compris les piles); trapèze; urinoir;
 - b) Chaussures :
 - i) orthèses faites sur mesure ou chaussures orthopédiques en vente libre (lorsque prescrites par votre médecin traitant, podiatre ou podologue);
 - ii) bottes ou chaussures faites sur mesure, ajustements apportés à des chaussures en vente libre, ou chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'un appareil orthopédique (sous réserve d'une prédétermination médicale);
 - c) Appareils orthopédiques, plâtres;
 - d) Produits pour diabétiques, tels que moniteurs du niveau de glucose dans le sang, lancettes et accessoires de pompe à insuline;
 - e) Services médicaux, comme les examens de diagnostic, les radiographies et les analyses de laboratoire;
 - f) Cas d'incontinence/de stomie, notamment les accessoires pour cathéter et les accessoires pour stomie;
 - g) Aides à la mobilité, comme les cannes, les béquilles, les déambulateurs et les fauteuils roulants (incluant les piles pour fauteuils roulants);
 - h) Prothèses, par exemple pour un bras, une main, une jambe, un pied, un sein, un œil et le larynx;
 - i) Examens d'acuité visuelle administrés par un optométriste, un ophtalmologiste ou un médecin autorisé, jusqu'à un maximum d'un examen de la vue par période de 2 ans (accessible dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie provincial);

- j) Aides respiratoires/cardiologiques, comme les compresseurs, inhalateurs, accessoires pour trachéotomie et oxygène;
- k) Bas de compression.

Une autorisation préalable peut être exigée pour certains articles. Afin de confirmer l'admissibilité d'un équipement avant de l'acheter ou de le louer, transmettez un formulaire de préautorisation à Green Shield.

Limites

- a) Le prix de location d'un équipement médical durable ne doit pas excéder son prix d'achat. La décision de Green Shield d'acheter ou de louer un équipement repose sur l'estimation du médecin quant à la durée des besoins en question, indiquée dans l'ordonnance originale. L'autorisation de louer un équipement peut être accordée pour la durée prévue à l'ordonnance. L'équipement ayant été remis à neuf par le prestataire à des fins de revente n'entre pas dans la catégorie des prestations admissibles;
 - b) L'équipement médical durable doit convenir à l'utilisation à domicile et être apte à soutenir un usage répété; il n'est, en principe, d'aucune utilité en l'absence de maladie ou de blessure.
 - c) Lorsque l'équipement médical de luxe est une prestation couverte par le régime, le remboursement n'est effectué que si les caractéristiques de luxe sont requises afin que le patient puisse utiliser l'équipement de façon efficace. Les articles qui ne sont pas de nature essentiellement médicale ou dont la finalité est le confort ou la commodité ne sont pas admissibles.
- 4. Transport en cas d'urgence :** Remboursement pour le transport en ambulance professionnelle, par voie terrestre ou aérienne, vers l'hôpital le plus près équipé pour fournir les traitements nécessaires, lorsque médicalement nécessaire pour traiter les suites d'une blessure, d'une maladie ou d'un handicap physique sévère, jusqu'au montant maximum établi au Sommaire des prestations.
- 5. Soins infirmiers privés à domicile :** Remboursement pour les services d'un infirmier autorisé (I.A.), d'un infirmier auxiliaire autorisé (I.A.A.) ou d'un infirmier auxiliaire diplômé (I.A.D.) à domicile, à temps plein ou à temps partiel, jusqu'au montant maximum établi au sommaire des prestations. Aucun montant ne sera versé pour des services de garde, ni pour des services qui ne requièrent pas le niveau de compétences d'un infirmier autorisé (IA) ou d'un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ou d'un infirmier auxiliaire agréé (IAD).
- Un formulaire de préautorisation pour soins infirmiers privés doit être rempli par le médecin traitant et soumis à Green Shield.
- 6. Services professionnels :** Remboursement pour les services des praticiens ci-inclus, jusqu'à concurrence du montant établi au sommaire des prestations, lorsque le praticien administrant le service est membre en règle de son organisme de réglementation provincial ou membre actif d'une association professionnelle, à condition que ladite association soit reconnue par Green Shield. Veuillez communiquer avec le centre de service à la clientèle de Green Shield pour confirmer l'admissibilité du praticien.

REMARQUE :

- Les services podiatriques ne sont admissibles que lorsque les maximums annuels couverts par votre régime d'assurance maladie provincial ont été épuisés.

7. Prestations dentaires en cas d'accident : Remboursement pour les services d'un praticien dentaire autorisé, lorsque requis à la suite d'un coup direct porté à la bouche, et non pas en raison d'un objet placé dans la bouche, volontairement ou non. L'accident doit avoir lieu lorsque la personne est protégée par la couverture. Lorsque des dents naturelles ont été abîmées, les services admissibles se limitent à un implant de dents artificielles. Vous devez aviser Green Shield dès que vous avez subi un accident et le traitement doit commencer dans les 180 jours suivant l'accident.

Green Shield ne sera responsable d'aucuns des services administrés à la première de ces éventualités, a) 365 jours après l'accident, ou b) après la date à laquelle vous ou la personne à votre charge cessez d'être assuré en vertu de ce régime.

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

Les frais seront basés sur le Guide des honoraires de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province de résidence. L'approbation dépend du statut actuel ou du niveau de protection de la personne assurée au moment où nous sommes avertis de l'accident. Toute modification au plan de protection affecte la responsabilité de Green Shield.

En cas de problème dentaire lié à un accident, les demandes de règlement doivent être présentées selon le régime d'indemnités d'assurance-maladie avant de les présenter au régime de prestations dentaires.

8. Soins de la vue : remboursement pour les services d'un optométriste, opticien ou ophtalmologiste agréé, jusqu'aux maximums prévus au sommaire des prestations :

- a) lunettes ou lentilles cornéennes sur ordonnance;
- b) lentilles cornéennes médicalement nécessaires lorsque l'acuité visuelle ne peut être corrigée autrement pour atteindre au moins 20/40 pour l'œil qui voit le mieux ou lorsque le problème est dû à un kératocône, à un astigmatisme irrégulier, à l'irrégularité de la courbure cornéenne ou à une déformation physique qui empêche le port d'une monture normale;
- c) pièces de rechange pour des lunettes sur ordonnance;
- d) chirurgie oculaire au laser;
- e) lunettes de soleil plano prescrites par un médecin agréé pour le traitement de maladies ou de problèmes ophtalmiques particuliers.

Les prestations admissibles n'incluent pas les produits suivants pour lesquels aucun montant n'est versé :

- a) traitement médical ou chirurgical, sauf la chirurgie oculaire au laser;
- b) procédures particulières ou inhabituelles, comprenant, mais sans s'y limiter, l'orthoptie, la rééducation de l'œil, le matériel destiné à corriger la vision subnormale et les verres aniséïconiques;
- c) consultations de suivi liées à la prescription et à l'ajustement des lentilles cornéennes;
- d) frais pour étuis de lunettes.

Exclusions à l'égard de la santé

Les prestations admissibles n'incluent pas les situations suivantes pour lesquelles aucun remboursement n'est effectué :

1. Les services ou les accessoires reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure due à :
 - a) une blessure volontaire, alors que la personne était saine d'esprit ou non;
 - b) un acte de guerre, déclarée ou non;
 - c) la participation à une émeute ou un soulèvement populaire; ou
 - d) la perpétration d'un acte criminel;
2. Des services ou accessoires fournis à une personne servant dans les forces armées de n'importe quel pays.
3. Le fait de ne pas se présenter à un rendez-vous pris chez un médecin ou un dentiste compétent reconnu par la loi.
4. Le fait de remplir toute formule de demande de règlement et/ou de rédiger des rapports d'assurance.
5. Tout traitement ou médicament déterminé qui :
 - a) ne respecte pas les normes reconnues en matière de pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, incluant des frais pour des services ou des accessoires de nature expérimentale, ou dont l'efficacité n'est pas reconnue (du point de vue de la médecine ou des coûts, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
 - b) est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre de tout traitement ou médicament qui n'est pas un service admissible;
 - c) sera administré dans un hôpital;
 - d) n'est pas délivré par le pharmacien en conformité avec le mode de paiement utilisé pour les médicaments selon la prestation pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) n'est pas utilisé ou administré en conformité avec l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada même si un tel médicament ou une telle intervention pourrait habituellement être utilisé pour le traitement d'autres maladies ou blessures.
6. Des services ou accessoires :
 - a) qui ne sont pas, de l'avis de Green Shield, recommandés, fournis ni approuvés par le médecin ou le dentiste traitant reconnu par la loi;
 - b) dont la couverture est légalement interdite par le gouvernement;
 - c) que vous n'êtes pas tenu de payer ou qui seraient pas facturés en l'absence de couverture, ou pour lesquels le remboursement est versé en votre nom par une association de paiements anticipés sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, comme un organisme ou un intervenant autre que Green Shield, votre promoteur de régime ou vous-même;
 - d) qui sont fournis par un praticien de la santé dont le permis émis par l'autorité réglementaire provinciale ou par l'association professionnelle pertinente a été suspendu ou révoqué;
 - e) qui ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance émise par un professionnel de la santé reconnu par la loi;
 - f) qui sont utilisés exclusivement pour des activités sportives ou de loisirs et qui ne sont pas nécessaires d'un point de vue médical pour des activités normales;
 - g) qui sont utilisés avant tout à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou qui sont destinés à corriger des malformations congénitales;
 - h) qui sont fournis par un membre de votre famille immédiate qui est parent avec vous par naissance, par adoption ou par alliance ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Font partie de la famille immédiate le père, la mère, le conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;

- i) qui sont fournis par le promoteur de votre régime et/ou par un praticien employé par votre promoteur de régime, en dehors du cadre du programme d'aide aux employés;
- j) qui remplacent des articles perdus, égarés, volés ou des articles endommagés par négligence; Les remplacements sont admissibles s'ils sont justifiés par l'usure normale, votre croissance ou des changements pertinents à votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent être ajustés ou réparés à moindre coût et que le produit est toujours nécessaire d'un point de vue médical;
- k) qui constituent des trousseaux de vidéos d'instructions, des manuels d'information ou des brochures;
- l) qui servent à un traitement médical ou chirurgical de l'ouïe et de la vue;
- m) qui constituent des procédures particulières ou inhabituelles, notamment, sans s'y limiter, l'orthoptie, la réadaptation visuelle, le matériel destiné à corriger la vision subnormale et les verres anisométriques;
- n) qui représentent des frais de livraison et de transport;
- o) qui découlent de pompes à insuline et d'accessoires connexes (sauf si couverts par ailleurs en vertu du régime);
- p) qui sont destinés à des examens médicaux, des examens audiométriques ou des tests d'évaluation de prothèses auditives;
- q) qui sont des piles, sauf si elles sont spécifiquement comprises à titre de prestation admissible;
- r) qui représentent un dispositif ou appareil prothétique de rechange;
- s) qui proviennent de tout organisme gouvernemental et sont obtenus gratuitement tout en respectant les lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou un autre organisme gouvernemental;
- t) qui sont normalement payés par un régime provincial d'assurance maladie, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou son tribunal, le programme d'appareils et d'accessoires fonctionnels ou tout autre organisme gouvernemental, ou qui auraient été payables en vertu d'un régime de ce genre si une demande appropriée de protection avait été faite, ou si des demandes de règlement appropriées et opportunes avaient été présentées;
- u) qui ont été précédemment fournis ou payés par un organisme gouvernemental ou une agence gouvernementale quelconque, mais qui ont été modifiés, suspendus ou résiliés à la suite de modifications législatives apportées au régime provincial d'assurance-maladie ou à la radiation de tout service ou de tout accessoire du régime provincial d'assurance-maladie;
- v) qui pourraient comprendre, entre autres, les médicaments, les services de laboratoire, les examens de diagnostic ou tout autre service fourni et administré par n'importe quelle clinique de soins de santé publique ou privée ou un établissement semblable, le bureau ou la résidence d'un médecin où le traitement ou le médicament ne répond pas aux normes reconnues ou dont l'efficacité n'est pas reconnue (soit du point de vue médical, soit du point de vue des coûts, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
- w) qui sont fournis par un médecin qui a choisi de ne pas participer au régime provincial d'assurance-maladie alors que le régime provincial d'assurance-maladie aurait normalement remboursé un tel service admissible;
- x) qui se rapportent au traitement de blessures à la suite d'un accident de la route;
Remarque : le paiement de prestations correspondant à des demandes de règlement se rapportant à des accidents de voiture pour lesquels la protection est accessible en vertu d'une police de responsabilité automobile offrant les indemnités d'assurance sans égard à la responsabilité, sera envisagé seulement si :
 - i) les services ou accessoires faisant l'objet de la demande de règlement ne sont pas admissibles ou
 - ii) les engagements financiers ont été remplis;
(une lettre de votre assureur automobile est exigée);

DESCRIPTION DES PRESTATIONS**RÉGIME DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE**

- y) qui sont des services d'ordre cognitif ou administratif ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux se rapportant directement à la prestation des services ou des accessoires en question.

VOYAGE

Les prestations de voyage admissibles doivent être raisonnables et habituelles dans la région où les services ont été administrés, déduction faite du montant couvert par votre régime d'assurance maladie provincial.

Tous les maximums et restrictions indiqués sont en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou américains pour les fournisseurs et les membres du régime, selon le pays du bénéficiaire. Pour les paiements qui nécessitent une conversion de devise, le taux de change en vigueur à la date d'administration du service sera utilisé.

Les services d'urgence admissibles ne sont remboursés que s'ils ont été rendus nécessaires par une maladie ou une blessure survenue en vacances, ou en voyage pour une raison autre que la santé.

Toute personne assurée nécessitant un traitement pour une blessure accidentelle ou une urgence médicale **doit communiquer avec le service d'assistance-voyage de Green Shield Canada dans les 48 heures du début du traitement.**

Une urgence désigne tout événement soudain et inattendu (maladie ou blessure) qui nécessite des soins médicaux immédiats. Cela comprend le traitement (nécessaire) destiné à apporter un soulagement immédiat en cas de douleur intense, de souffrances ou d'une maladie et qui ne peut pas être différé jusqu'à ce que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement apte à retourner dans votre province de résidence.

Toute procédure de traitement effractive ou exploratrice doit être préalablement approuvée par l'équipe d'assistance médicale de Green Shield Canada.

Les prestations admissibles sont limitées à un maximum de **60** jours par voyage à partir de la date à laquelle vous quittez votre province de résidence. Si vous deviez être hospitalisé le **60^e** jour, vos prestations seront maintenues jusqu'à la date de votre sortie.

1. **Prestations à l'égard de l'hospitalisation** jusqu'à concurrence du tarif normal d'une chambre dans un hôpital général public;
2. **Services médicaux/chirurgicaux en cas d'urgence** administrés par un médecin ou chirurgien qualifié, pour soulager les symptômes ou pour traiter une blessure ou maladie imprévue;
3. **Le transport d'urgence**
 - **Transport terrestre en ambulance** vers les installations médicales les plus proches
 - **Ambulance aérienne** - le coût d'une évacuation par voie aérienne (incluant l'assistance médicale nécessaire) entre les hôpitaux, de même que pour l'entrée dans un hôpital canadien, lorsque préalablement approuvé par votre régime d'assurance maladie provincial, ou vers les installations médicales les plus proches

4. **Services de référence** – (a) services hospitaliers et séjour, jusqu'à concurrence du tarif normal pour une chambre dans un hôpital général public, ou (b) les services médicaux de chirurgie administrés par un médecin ou chirurgien qualifié;
 - **Avant le début de tout traitement référé, l'approbation écrite préalable** de votre régime d'assurance maladie provincial et de Green Shield **doit être obtenue**. Votre régime d'assurance maladie provincial pourrait couvrir entièrement ce service de référence. Vous devez fournir à Green Shield Canada une lettre de votre médecin traitant indiquant la raison de cette référence, ainsi qu'une lettre de votre régime d'assurance maladie provincial indiquant la nature de leur responsabilité. **À moins d'avoir obtenu une autorisation au préalable, aucun paiement ne sera versé.**
5. **Remboursement des ordonnances** pour des médicaments, sérums et produits intraveineux qui, au sens de la loi, nécessitent l'ordonnance d'un médecin légalement qualifié (exception faite des vitamines et des médicaments brevetés ou exclusifs). Vous devez présenter le reçu de paiement original de la pharmacie, du médecin ou du centre hospitalier situé à l'extérieur de votre province de résidence, portant le nom du médecin traitant, le numéro de l'ordonnance, le nom, la date, la quantité et le coût total de la préparation;
6. **Le coût afférant au retour de votre véhicule personnel** à votre résidence, ou à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque vous êtes dans l'impossibilité de le faire vous-même, pour cause de maladie, de blessure ou de décès. Nous demandons les reçus originaux pour les frais engagés comme l'essence, l'hôtel et les billets d'avion.
7. **Transport au chevet de la personne affligée** incluant le billet d'avion aller-retour en classe économique par la voie la plus directe à partir de la province de résidence, pour tout conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, ou toute personne avec qui la personne assurée réside habituellement, pour être à votre chevet ou au chevet de votre personne à charge assurée pendant l'hospitalisation. Cette protection requiert que la personne assurée demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours à l'extérieur de sa province de résidence, ainsi que la confirmation écrite du médecin traitant justifiant la visite en raison de la gravité de la situation;
8. **Retour de la personne décédée** couvre les frais engagés pour le retour de votre corps ou de celui de votre personne à charge assurée jusqu'à votre domicile au Canada;
9. **Retour des enfants à charge assurés** jusqu'à leur domicile au Canada, au cas où vous ou votre conjoint seriez hospitalisé et que les enfants soient laissés sur surveillance. Les enfants doivent être âgés de moins de 16 ans. Des dispositions seront prises le cas échéant pour qu'une personne accompagne les enfants pendant ce déplacement.
10. **Voyage de retour retardé – Le transport** couvre le coût du transport en classe économique résultant du retard du voyage de retour d'une personne assurée en raison de l'hospitalisation de cette dernière ou d'une autre personne assurée avec laquelle elle voyage;
11. **Voyage de retour retardé – L'hébergement** couvre les dépenses supplémentaires engagées pour l'hébergement à l'hôtel et les repas par les personnes assurées pendant leur séjour auprès d'un membre de la famille hospitalisé alors que leur voyage de retour est retardé en raison d'une maladie ou d'un accident;
12. **Prestations pour convalescence** désignent les dépenses engagées pour l'hébergement des personnes assurées nécessitant une convalescence à la suite de leur hospitalisation.

SERVICE D'ASSISTANCE-VOYAGE DE GREEN SHIELD CANADA

Les services suivants sont accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine par le biais de l'organisme de soins médicaux internationaux de Green Shield Canada.

Ces services comprennent :

- De l'aide avant le départ (accès à Pre-trip Assistance) : les codes interurbains directs pour le Canada; les renseignements sur les vaccins; les avertissements de voyage émis par les gouvernements ainsi que les exigences documentaires pour l'entrée au pays de destination (VISA, etc.)
- De l'aide dans plusieurs langues.
- L'aide pour localiser les soins médicaux appropriés les plus proches
- Les réseaux internationaux de fournisseurs privilégiés.
- Les services consultatifs de notre équipe d'assistance médicale, incluant une deuxième opinion et un examen quant à la nécessité du traitement et une analyse de la qualité des soins médicaux.
- L'aide pour entrer en contact avec les membres de la famille, le médecin traitant et l'employeur, selon le cas
- Le suivi du progrès pendant le traitement ou la convalescence.
- Les services de transmission de messages d'urgence
- Les services d'un traducteur ou d'un interprète local, si nécessaire.
- La confirmation de la couverture afin de faciliter l'entrée aux hôpitaux et autres établissements de soins médicaux.
- L'aide particulière pour coordonner le paiement direct des demandes de règlement
- La coordination des services d'une ambassade ou d'un consulat.
- La gestion, la prise d'arrangements et la coordination du transport médical d'urgence ou de l'évacuation, si nécessaire
- La gestion, la prise d'arrangements et la coordination du retour du défunt
- L'aide particulière pour les arrangements rendus nécessaires par la perturbation et l'interruption des plans de voyage occasionnées par des situations d'urgence, incluant :
 - le retour de partenaires de voyage non accompagnés,
 - le voyage au chevet d'une personne affligée,
 - la réorganisation ou la modification des billets d'avion en raison de maladie, d'un accident ou d'autres situations d'urgence en voyage,
 - le retour du véhicule et des effets personnels de la personne affligée,
- Un service professionnel de référence juridique
- La coordination du cautionnement et autres documents légaux.
- De l'aide particulière pour le remplacement de documents de voyage perdus ou volés, y compris les passeports.
- De l'assistance de courtoisie pour obtenir de l'aide fortuite et autres services liés au voyage.
- De l'aide avec les dépenses d'urgence de plus de 200 \$ liées aux soins de santé majeurs.

Comment fonctionne le service d'assistance-voyage

Pour obtenir de l'aide, composez sans frais le **1 800 936 6226** au Canada et aux États-Unis, ou à frais virés, le **0 519 742 3556** lorsque vous voyagez à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Ces numéros sont imprimés sur votre carte d'identité Green Shield Canada.

Vous n'avez qu'à donner le numéro de groupe de l'assistance-voyage de Green Shield Canada, ainsi que le numéro d'identification de votre carte d'identité Green Shield Canada, et expliquer la nature de votre urgence médicale. **Vous devez être en mesure de donner votre numéro d'identification de Green Shield Canada et le numéro de votre régime d'assurance maladie provincial.**

Un spécialiste d'assistance multilingue vous dirigera vers le meilleur établissement de soins de santé ou personnel médical autorisé apte à administrer le traitement nécessaire.

Au moment de l'entrée dans un hôpital ou lors de la consultation avec un médecin ou chirurgien qualifié pour traitements majeurs en cas d'urgence, nous garantirons au prestataire de soins (hôpital, clinique ou médecin) que vous êtes couvert à la fois par votre régime d'assurance maladie provincial et en vertu du régime de prestations de voyage de Green Shield, tel qu'énoncé ci-dessus.

Le prestataire de soins peut alors facturer le service d'assistance-voyage de Green Shield Canada directement pour ces services approuvés, pour les montants supérieurs à 200 \$.

Notre équipe d'assistance médicale assure le suivi de vos progrès pour que vous receviez le meilleur traitement médical accessible. Ces médecins sont aussi en communication constante avec votre médecin traitant et les membres de votre famille, selon la gravité de votre état.

Lors d'un appel à frais virés de l'extérieur du Canada ou des États-Unis, vous pourriez avoir besoin d'un code interurbain direct pour le Canada. Dans le cas où un appel à frais virés est impossible, veuillez conserver les reçus pour les appels placés au service d'assistance-voyage de Green Shield Canada pour remboursement à votre retour au Canada.

Limitations par rapport au voyage

1. Les prestations ne seront autorisées que si vos conditions actuelles ou pré-diagnostiquées sont complètement stables (de l'avis de l'équipe médicale d'appoint de Green Shield Canada), au moment du départ de votre province de résidence. Green Shield Canada se réserve le droit d'examiner vos renseignements médicaux au moment de la demande de règlement.
2. Les services admissibles doivent être nécessaires pour le soulagement immédiat de douleurs aiguës, tels que recommandés par un médecin ou chirurgien qualifié. Les services admissibles touchant un traitement ou une chirurgie qui, raisonnablement, aurait pu être différé jusqu'à votre retour dans votre province de résidence ne sont pas remboursés.
3. Le remboursement de services admissibles n'est effectué que si votre régime d'assurance maladie provincial couvre et paie, en tout ou en partie, les services reçus.
4. La protection entre en vigueur au moment où vous ou une personne à votre charge traversez la frontière de votre province de résidence lors de votre départ, et prend fin au moment où vous retraversez la même frontière provinciale à votre retour. Lors d'un voyage aérien, la couverture entre en vigueur au départ, lors du décollage de l'appareil dans la province de résidence, et prend fin au retour, lors de l'atterrissage de l'appareil dans la province de résidence.
5. Lorsque l'avis de la nécessité du traitement d'une blessure accidentelle ou d'une urgence médicale est reçu, l'équipe d'assistance médicale de Green Shield Canada se réserve le droit de déterminer si le rapatriement du patient est indiqué dans la mesure où son état de santé pourrait nécessiter des soins immédiats ou réguliers. Un tel rapatriement est obligatoire lorsque l'équipe d'assistance médicale de Green Shield Canada détermine que le patient est prêt à voyager et que les arrangements nécessaires ont été pris à l'égard de son entrée dans un hôpital du système de santé de sa province de résidence. Le rapatriement assure le maintien des prestations dans le cadre du régime. Si le patient refusait d'être rapatrié, ou choisissait de recevoir le traitement ou la chirurgie en dehors de sa province de résidence, les coûts liés à un tel traitement ne seraient pas admissibles.

Le patient doit communiquer avec l'assistance-voyage de Green Shield Canada dans les 48 heures suivant le début d'un traitement. À défaut de nous aviser dans les 48 heures, les prestations pourraient se limiter aux dépenses engagées au cours des 48 premières heures du début de tout traitement/incident, ou au maximum prévu au régime, soit la moindre de ces deux éventualités;

6. Le transport par ambulance aérienne n'est admissible que :
 - s'il est pré-approuvé par le service d'assistance-voyage de Green Shield Canada;
 - s'il existe un motif médical pour que vous ou la personne à votre charge restiez allongé sur une civière, ou que l'accompagnement par un professionnel paramédical s'avère nécessaire pendant votre voyage et
 - si vous ou la personne à votre charge êtes admis directement dans un hôpital de votre province de résidence et
 - si les rapports ou certificats médicaux du traitement par des médecins diplômés ont été présentés au service d'assistance-voyage de Green Shield Canada; et
 - si la preuve de paiement (incluant les coupons de billets d'avion ou les reçus des transporteurs aériens) a été présentée au service d'assistance-voyage de Green Shield Canada.
7. Si vous prévoyez de voyager vers une région dont le climat politico-social est instable, communiquez avec le service d'assistance-voyage de Green Shield Canada pour obtenir des renseignements avant votre départ, car nous pourrions ne pas être en mesure de garantir notre aide.
8. Green Shield Canada se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, de réduire ou de limiter ses services dans toute région, dans le cas d'instabilité politico-sociale comme la rébellion, les émeutes, les insurrections militaires, les conflits de travail, les catastrophes naturelles ou le refus des autorités d'un pays étranger de permettre à Green Shield Canada d'offrir ses services.
9. Aucun service n'est admissible lors de tout voyage visant à obtenir des traitements médicaux ou des conseils, à moins d'avoir été pré-autorisé, tel qu'énoncé à la section sur les services de référence.

Exclusions par rapport au voyage

Les prestations admissibles n'incluent pas les situations suivantes pour lesquelles aucun remboursement n'est effectué :

1. le traitement ou les services nécessaires pour des soins continus, des thérapies de repos, des spas, des chirurgies électives, des examens de santé ou des voyages pour la santé, même en cas de recommandation par un médecin;
2. un traitement ou service que vous choisissiez de recevoir à l'extérieur du Canada, lorsque votre état de santé ne vous empêche pas rentrer au Canada pour recevoir ce traitement;
3. les montants versés ou payables en vertu de tout organisme voué à la santé et la sécurité au travail;
4. les soins hospitaliers et médicaux par rapport à un accouchement se produisant dans les 8 semaines de la date attendue de l'accouchement, ou à un avortement volontaire;
5. un traitement ou un service administré dans un hôpital psychiatrique ou pour le soin de malades chroniques, l'unité chronique d'un hôpital général, un établissement de soins prolongés (SP), un spa ou une maison de soins infirmiers;
6. les services d'un chiropraticien, podologue ou podiatre, ou pour la manipulation ostéopathique;

7. les opérations de cataractes ou l'achat de lunettes ou de prothèses auditives;
8. Green Shield Canada n'assume aucune responsabilité pour les conseils d'ordre médical professés, notamment et sans limitations, par un médecin, pharmacien ou autre professionnel de la santé ou établissement recommandé par le service d'assistance-voyage de Green Shield Canada;
9. Les services ou les accessoires reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure due à :
 - a) une blessure volontaire, alors que la personne était saine d'esprit ou non;
 - b) un acte de guerre, déclarée ou non;
 - c) la participation à une émeute ou un soulèvement populaire; ou
 - d) la perpétration d'un acte criminel.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

RÉGIME DE PRESTATIONS DENTAIRES

Les indemnités ci-dessous seront versées si elles représentent les frais raisonnables et habituels du dentiste diplômé, conformément au Guide des honoraires et aux maximums prévus au sommaire des prestations.

Prédétermination

Avant le début du traitement :

- Pour tous les traitements proposés pour les couronnes, les implants et les ponts, une estimation de votre dentiste **doit** être présentée pour évaluation. Notre évaluation du traitement proposé peut entraîner le versement de prestations moindre ou le refus de toute indemnité. À défaut de présenter une estimation avant le début du traitement, l'évaluation sera retardée.
- Si le coût total de tout autre traitement proposé dépasse 300 \$, il est recommandé de soumettre une estimation des coûts établie par votre dentiste.

Services de base

1. Services de diagnostic et de prévention :

- examen complet de la bouche une fois tous les 2 ans;
- examens spécifiques de la bouche et examens d'urgence;
- examens radiographiques complets et radiographies panoramiques une fois tous les 2 ans;
- radiographies interproximales :
 - une fois tous les 6 mois pour l'option 3 et l'option 4
 - une fois tous les 9 mois pour l'option 2
- examens de rappel :
 - une fois tous les 6 mois pour l'option 3 et l'option 4
 - une fois tous les 9 mois pour l'option 2
- nettoyage des dents (jusqu'à concurrence de 1 unité de temps pour le polissage et de 1 unité de temps pour le détartrage) une fois par période de rappel;
- application topique de fluorure une fois par période de rappel;
- éducation en matière d'hygiène buccale, une fois par période de rappel;
- nettoyage des prothèses dentaires une fois par période de rappel;
- résine pour puits et fissures sur les molaires permanentes seulement, pour les enfants à charge de 14 ans ou moins;
- espaceurs;
- protège-dents une fois tous les 12 mois.

2. Services de restauration de base :

- amalgames, obturations de couleur naturelle et obturations sédatives temporaires;
- restauration des incrustations – considérées comme étant des restaurations de base, elles seront payées au taux de l'amalgame non lié.

3. Chirurgie buccale de base :

- extractions de dents et/ou de racines résiduelles

4. Anesthésie et sédation intraveineuse en rapport avec une chirurgie buccale admissible seulement.

5. Service de prothèses dentaires standard :

- réparation de dentiers ou et/ajout de dent(s);
- regarnissage et rebasage standard des prothèses dentaires, une fois tous les 3 ans;
- procédures d'ajustement, de remontage et d'équilibrage des prothèses dentaires seulement après 3 mois suivant l'installation ou le remplacement d'une prothèse dentaire;
- doublure de conditionnement des tissus mous afin de promouvoir la guérison des gencives;
- remaniement d'un dentier partiel à l'aide des structures existantes, une fois tous les 5 ans.

6. Chirurgie buccale étendue :

- exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents;
- remodelage et retouches – réforme ou restructuration de l'os ou de la gencive;
- excision – enlèvement de kystes et de tumeurs;
- incision – drainage et/ou exploration des parties molles ou des tissus osseux;
- fractures, incluant le traitement de la dislocation ou de la fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et la réparation de lacérations aux parties molles de la bouche;
- difformités maxillo-faciales – frénectomie – chirurgie à la jonction de la lèvre et de la gencive ou à la jonction de la langue au bas de la bouche.

Services tous risques de base

1. Traitements endodontiques, incluant :

- traitement de canal;
- pulpotomie (retrait de pulpe de la partie exposée de la dent);
- pulpectomie (retrait de pulpe de la partie exposée et de la racine de la dent);
- apexification (aide au scellage de l'apex de la racine);
- curetage péri-apical, apicectomies et obturations rétrogrades (nettoyage et enlèvement des tissus malades de l'apex de la racine);
- amputation de la racine et hémisection;
- blanchiment de dent(s) avitale(s);
- procédures en cas d'urgence incluant l'ouverture et le drainage de la gencive/dent.

2. Traitement parodontal des maladies des gencives et de la mâchoire, incluant :

- détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, 11 unités de temps par année civile;
- équilibrage occlusal – abrasion sélective de la surface des dents pour ajuster l'occlusion, 2 unités de temps par année civile.

Les frais pour traitement parodontal dépendent des unités de temps (15 minutes par unité) et/ou du nombre de dents par site chirurgical, conformément au Guide des honoraires des praticiens généralistes.

- Appareil contre le bruxisme une fois tous les 12 mois.

Services majeurs

1. Greffes standard ou restaurations de couronne pour réparer des dents naturelles malades ou blessées accidentellement une fois tous les 5 ans
2. Ponts réguliers, incluant les pontiques, ancrages/couronnes sur des dents naturelles une fois tous les 5 ans
3. Prothèse dentaire standard incluant les dentiers, les prothèses immédiates, transitionnelles et partielles, une fois tous les 5 ans
4. Réparation standard ou de cimentage des couronnes, implants et pose d'un pont sur des dents naturelles.

Services orthodontiques

Remboursement pour le traitement orthodontique pour redresser les dents et corriger la malocclusion.

Lorsqu'un montant forfaitaire a été payé pour un traitement orthodontique, le montant total de la réclamation sera séparé en parties égales pour inclure le frais initial et un montant mensuel, et sera payé sur la durée du traitement.

Si le cours du traitement orthodontique est interrompu, pour quelque raison que ce soit, l'obligation de payer prend fin à la date où le traitement a été interrompu. Si le traitement doit reprendre, les prestations recommencent jusqu'à la fin du traitement. Les prestations payables pour des services orthodontiques ne sont versées que pour les mois pendant lesquels la couverture est en vigueur.

Autres options de traitement

Le régime collectif de prestations rembourse le montant figurant au guide des honoraires pour le service ou la prestation les moins onéreux, à la condition que les deux options de traitement soient des prestations admissibles dans le cadre du régime.

Limites

1. Les frais de laboratoire doivent être effectués en même temps que les autres services et sont limités à la quote-part desdits services. Les frais de laboratoires qui dépassent les 40 % des honoraires du dentiste tel qu'indiqué dans la version actuelle du Guide des honoraires des praticiens généralistes sont réduits proportionnellement; la quote-part entre ensuite en ligne de compte.
2. Le remboursement sera effectué conformément aux services, fournitures ou traitements standard ou de base. Les dépenses connexes qui n'entrent pas dans le cadre des services, prestations ou traitements standard ou de base vous incombent.
3. Lorsque plus d'une intervention chirurgicale est effectuée dans la même région buccale au cours d'une même consultation, seule l'intervention la plus complète est admissible au remboursement;
4. Le remboursement est calculé au prorata et réduit en conséquence lorsque le temps passé par le dentiste pour effectuer le service est inférieur au temps moyen alloué à un code de procédure dentaire selon le Guide des honoraires des praticiens généralistes.
5. Le remboursement pour traitement de canal sera limité à un seul paiement par dent. Le coût total d'un traitement de canal englobe toutes les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
6. Les surfaces communes d'une même dent, traitées le même jour, sont considérées comme une seule surface. Si des surfaces différentes sont restaurées sur la même dent/le même jour, le paiement sera évalué conformément au code de procédure en tenant compte de la surface totale. Le paiement est limité à un maximum de 5 surfaces au cours d'une quelconque période de 36 mois.
7. Les prestations payables au titre de services de restauration multiples dans le même quadrant, effectués au cours d'une même consultation, peuvent être réduites de 20 % pour tous les services à l'exception du plus onéreux.
8. La reconstitution d'une dent par moulage n'est admissible que lorsqu'il s'agit de maintenir et préserver une dent sur laquelle on pose une couronne. La nécessité du traitement doit être évidente à l'observation des radiographies de prétraitement. La reconstitution de dents par moulage pour faciliter l'empreinte et/ou pour boucher les zones de contre-dépouille est considérée comme comprise dans le coût d'une couronne.
9. Le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps qu'un curetage gingival.
10. Dans le cas d'un accident entraînant des blessures dentaires, les demandes de règlement doivent d'abord être présentées en vertu du régime de prestations d'assurance-maladie et non pas dans le cadre des prestations dentaires.

Exclusions en matière de prestations dentaires

Les prestations admissibles n'incluent pas les situations suivantes pour lesquelles aucun remboursement n'est effectué :

1. Les services ou les accessoires reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure due à :
 - a) une blessure volontaire, alors que la personne était saine d'esprit ou non;
 - b) un acte de guerre, déclarée ou non;
 - c) la participation à une émeute ou un soulèvement populaire; ou
 - d) la perpétration d'un acte criminel.
2. Des services ou accessoires fournis à une personne servant dans les forces armées de n'importe quel pays.
3. Le fait de ne pas se présenter à un rendez-vous pris chez un dentiste licencié.
4. Le fait de remplir toute formule de demande de règlement et/ou de rédiger des rapports d'assurance.
5. Tout service dentaire qui ne figure pas dans les codes de procédure élaborés et mis à jour par l'Association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire provinciale ou territoriale de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si un service dentaire est fourni en dehors du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni.
6. Implants.
7. Les restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion par l'acide, de la dimension verticale et/ou du rétablissement de l'occlusion.
8. Les appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale y compris tous les modèles diagnostiques, les facteurs déterminants de gnathologie, l'entretien, les ajustements, les travaux de réparation et de remarginage.
9. Un pont cantilever postérieur pour pontiques/dents et des pontiques/dents supplémentaires pour remplir les diastèmes/espaces.
10. Service et frais liés à la médecine dentaire pour des problèmes survenant pendant le sommeil.
11. Diagnostic et/ou appareils intrabuccaux de repositionnement orthodontique, y compris l'entretien, les ajustements, les travaux de réparation et de remarginage liés au traitement d'un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.
12. Tout traitement ou médicament déterminé qui :
 - a) ne respecte pas les normes reconnues en matière de pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, incluant des frais pour des services ou des accessoires de nature expérimentale, ou dont l'efficacité n'est pas reconnue (du point de vue de la médecine ou des coûts, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
 - b) est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre de tout traitement ou un médicament qui n'est pas un service admissible;
 - c) sera administré dans un hôpital;
 - d) n'est pas dispensé par le pharmacien en conformité avec le mode de paiement utilisé pour les médicaments selon le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) n'est pas utilisé et/ou administré en conformité avec l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si un tel médicament ou une telle intervention pourrait habituellement être utilisé(e) pour le traitement d'autres maladies ou blessures;

13. Des services ou accessoires :

- a) qui ne sont pas, de l'avis de Green Shield, recommandés, fournis ni approuvés par le médecin ou le dentiste traitant reconnu par la loi;
- b) dont la couverture est légalement interdite par le gouvernement;
- c) que vous n'êtes pas tenu de payer ou qui ne seraient pas facturés en l'absence de couverture, ou pour lesquels le remboursement est versé en votre nom par une association de paiements anticipés sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, comme un organisme ou un intervenant autre que Green Shield, votre promoteur de régime ou vous-même;
- d) qui sont fournis par un praticien de la santé dont le permis émis par l'autorité réglementaire provinciale ou par l'association professionnelle pertinente a été suspendu ou révoqué;
- e) qui ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance émise par un professionnel de la santé reconnu par la loi;
- f) qui sont utilisés exclusivement pour des activités sportives ou de loisirs et qui ne sont pas nécessaires d'un point de vue médical pour des activités normales;
- g) qui sont utilisés avant tout à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou qui sont destinés à corriger des malformations congénitales;
- h) qui sont fournis par un membre de votre famille immédiate qui est parent avec vous par naissance, par adoption ou par alliance ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Font partie de la famille immédiate le père, la mère, le conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
- i) qui sont fournis par le promoteur de votre régime ou par un praticien employé par votre promoteur de régime, en dehors du cadre du programme d'aide aux employés;
- j) qui remplacent des articles perdus, égarés, volés ou des articles endommagés par négligence; Les remplacements sont admissibles s'ils sont justifiés par l'usure normale, votre croissance ou des changements pertinents à votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent être ajustés ou réparés à moindre coût et que le produit est toujours nécessaire d'un point de vue médical;
- k) qui constituent des trousse de vidéos d'instructions, des manuels d'information ou des brochures;
- l) qui représentent des frais de livraison et de transport;
- m) qui représentent un dispositif ou un appareil prothétique de rechange;
- n) qui proviennent de tout organisme gouvernemental et sont obtenus gratuitement tout en respectant les lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou un autre organisme gouvernemental;
- o) qui seraient normalement payés par un régime provincial d'assurance maladie, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou son tribunal, ou tout autre organisme gouvernemental, ou qui auraient été payables en vertu d'un régime de ce genre si une demande appropriée de protection avait été faite, ou si des demandes de règlement appropriées et opportunes avaient été présentées;
- p) qui se rapportent au traitement de blessures à la suite d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : le paiement de prestations correspondant à des demandes de règlement se rapportant à des accidents de voiture pour lesquels la protection est accessible en vertu d'une police de responsabilité automobile offrant les indemnités d'assurance sans égard à la responsabilité, sera envisagé seulement si :
 - i) les services ou accessoires faisant l'objet de la demande de règlement ne sont pas admissibles ou
 - ii) les engagements financiers ont été remplis;
(une lettre de votre assureur automobile est exigée);
- q) qui constituent des services d'ordre cognitif ou administratif ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux se rapportant directement à la prestation des services ou des accessoires en question.

COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ (CDM)

Votre compte de dépenses de soins de santé est fourni par le promoteur de votre régime et administré par Green Shield.

Il rembourse les dépenses qui se qualifient à titre de crédit d'impôt pour dépenses médicales en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Vous pouvez présenter une demande de règlement des dépenses admissibles. Une dépense admissible est (liste non exhaustive) :

- a) une dépense déductible sur votre remboursement d'impôt sur le revenu, comme il est décrit dans les règlements de la Loi de l'impôt sur le revenu et dans les bulletins d'interprétation de l'Agence du revenu du Canada (ARC);
- b) un élément pour lequel vous ne recevez aucune protection en vertu du régime provincial d'assurance-maladie ou en vertu de votre régime collectif de prestations ou du régime collectif de prestations de votre conjoint(e).
(Cela signifie que vous pouvez être remboursé pour le montant de la franchise, le pourcentage non couvert par le régime collectif de prestations ou le montant en sus du maximum payé par le régime collectif de prestations).

Personne à charge désigne la personne à votre charge admissible comme définie en vertu des Définitions du présent livret. En outre, la personne à votre charge admissible est un proche qui est un résident canadien et qui dépend de vous pour son soutien financier et pour lequel vous demandez une déduction d'impôts sur votre déclaration de revenus fédérale. La définition d'une personne à charge admissible est régie à tout moment par les règles et les règlements de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Votre CDM est un compte établi par le promoteur de votre régime, en vigueur duquel une somme forfaitaire sera allouée à votre compte au début de chaque année de prestation. Votre année de prestation débute le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre.

Un montant forfaitaire comme déterminé par le promoteur de votre régime sera alloué à votre compte pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées durant cette année de prestation. Lorsque vous soumettez une demande de règlement, vous serez remboursé pour le montant des dépenses admissibles jusqu'à concurrence du solde de votre compte.

Tout solde à votre compte la dernière journée de l'année de prestation sera perdu à la date d'échéance de l'année de prestation à laquelle il a été alloué. Toutefois, toute dépense engagée durant l'année de prestation et non remboursée en raison de crédit insuffisant à la fin de l'année de prestation peut être resoumise pour remboursement à partir des crédits reçus dans l'année de prestation suivante.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles sont celles qui se qualifieraient comme crédit d'impôt pour dépenses médicales en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et sont détaillées dans les règlements de cette dernière et dans les bulletins d'interprétation de l'ARC. Elles ne comprennent aucune dépense pour laquelle vous ou la personne à votre charge avez droit à un remboursement en vertu d'un régime collectif de prestation ou du régime provincial d'assurance-maladie.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu de plusieurs éléments compris dans le bulletin d'interprétation de l'ARC IT-519R2 « Crédits d'impôt pour invalidité et dépenses médicales et déduction des dépenses pour soins par un accompagnateur » de la Loi de l'impôt sur le revenu et sous réserve de toute modification.

COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

- Dépenses propres non remboursées par votre régime collectif de prestation. Il s'agit de toute franchise applicable, de tout pourcentage de bénéfices ou montant en sus des maximums du régime de prestation applicable.
- Frais pour services professionnels, notamment :
acupuncteur (praticien médical qualifié), podologue (podiatre), chiropraticien, praticien en science chrétienne, dentiste, naturopathe, infirmier/ère, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue (lorsque diplômés par la province pour offrir thérapie ou réadaptation), orthophoniste (pour défaut pathologique ou audiolgique), thérapeute. (Les praticiens médicaux doivent être agréés dans la juridiction où les services sont rendus).
- Coûts des soins dentaires comme diagnostic, traitements préventifs, endodontiques, périodontiques, orthodontiques et services de restauration
- Médicaments (préparations ou substances) prescrits par un praticien médical, y compris les médicaments en vente libre
- Lunettes et lentilles cornéennes ou autres dispositifs destinés au traitement ou à la correction d'une déficience oculaire, selon les indications d'un praticien médical diplômé ou d'un optométriste
- Coûts déboursés pour un hôpital public ou privé autorisé (comme défini dans la Loi de l'impôt sur le revenu)
- Frais déboursés pour installations et services, notamment :
 - soins dans une maison de soins infirmiers; un établissement domiciliaire autonome ou une école, institution ou tout autre endroit spécial comme requis par un handicap physique ou mental
 - soins d'une personne non voyante ou déclarée officiellement mentalement incompétente
 - accompagnateurs à temps plein ou soins dans une maison de soins infirmiers (pour ceux qui sont confinés à un lit ou à un fauteuil roulant)
- Frais d'ambulance pour le transport vers ou depuis l'hôpital
- Frais déboursés pour l'équipement et les dispositifs médicaux tels que prescrits par un praticien médical, notamment :
 - œil artificiel, membre, rein artificiel (incluant l'installation, la rénovation domiciliaire et les coûts d'exploitation raisonnables)
 - dispositifs de mesure de la glycémie pour les diabétiques
 - appareil orthopédique pour un membre
 - tampons pour colostomie et iléostomie
 - béquilles
 - couches, culottes jetables, cathéters, plateaux à cathéter, tubulure ou autres produits requis par les personnes souffrant d'incontinence à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une affliction
 - dispositifs de surveillance du rythme cardiaque ou du cœur
 - lit d'hôpital (lorsque requis à domicile)
 - aiguilles et seringues
 - fauteuil roulant
 - perruque sur commande et requise à la suite d'une perte anormale des cheveux causée par une maladie, un accident ou un traitement médical
 - lève-patient motorisé conçu exclusivement pour les personnes handicapées (pour permettre l'accès à différents étages d'un bâtiment, aider à obtenir l'accès à un véhicule ou placer un fauteuil roulant dans ou sur un véhicule).
 - dispositif conçu pour aider une personne à entrer ou à sortir d'un bain ou d'une douche ou à s'asseoir ou se relever de la toilette
 - dispositifs conçus exclusivement pour permettre à un individu à mobilité réduite d'utiliser un véhicule
 - prothèse auditive pour personnes sourdes
 - synthétiseur électronique de la parole qui permet aux individus muets de communiquer grâce à un clavier portable
 - systèmes vocaux synthétiques, imprimantes Braille et dispositifs à grands caractères sur écran qui permettent aux non voyants d'utiliser un ordinateur

COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

- moniteurs qui peuvent être attachés aux bébés identifiés comme enclins à souffrir du symptôme de mort subite du nouveau-né et qui font retentir une alarme lorsque le bébé arrête de respirer
- appareils auditifs
- Les autres dépenses admissibles comprennent :
 - les primes payées à un assureur privé pour une protection médicale ou hospitalière
 - les coûts d'acquisition, d'entretien et de maintenance (incluant la nourriture et les soins d'un vétérinaire) d'un chien spécifiquement formé pour aider une personne non voyante, sourde ou sérieusement restreinte dans l'usage de ses bras ou jambes
 - les coûts des dispositions et de la greffe de moelle osseuse ou d'un organe, incluant les frais de justice, les primes d'assurance, les déplacements, les repas et les dépenses d'hébergement
 - les rénovations domiciliaires raisonnables pour les personnes dont le développement physique normal est déficient ou qui souffrent d'un handicap grave et prolongé de la mobilité, visant à leur permettre d'être mobiles et fonctionnels dans leur demeure

Une liste complète des dépenses admissibles se retrouve dans le bulletin d'interprétation de l'ARC IT-519R2, « Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposé aux soins » sous réserve de toute modification selon les besoins. Il est disponible sur le site Internet à l'adresse www.cra-arc.gc.ca/F/pub/tp/it519r2-consolid/. Pour tout renseignement additionnel, vous pouvez consulter un bureau de l'ARC ou communiquer avec le centre de service à la clientèle de Green Shield au numéro 1 888 711-1119.

Exclusions

Les dépenses non admissibles au remboursement sont en tout temps régies par les dépenses non admissibles, restrictions et limites stipulées dans la Loi de l'impôt sur le revenu. Voici un exemple de telles dépenses :

- a) primes versées à un régime de soins médicaux ou hospitaliers provincial et
- b) frais médicaux pour lesquels la personne est remboursée ou est admissible à un remboursement

Le compte de frais pour soins de santé (CFSS) est en tout temps régi par les dépenses non admissibles, restrictions et limites stipulées dans la Loi de l'impôt sur le revenu.

Congé de maternité, congé parental ou congé pour adoption

Si vous choisissez de poursuivre les versements à votre régime collectif, vous pourrez continuer à soumettre des demandes de règlement pour les dépenses engagées avant ou durant la période de votre congé.

Seules les dépenses engagées avant la date de fin d'emploi, de la retraite, du décès ou d'un congé autorisé d'une durée de plus de 30 jours (autre qu'un congé de maternité, un congé pour motif d'adoption ou un congé parental) seront admissibles à un remboursement.

Votre CFSS est en tout temps régi par les règles et règlements de la Loi de l'impôt sur le revenu. Dans l'éventualité d'un litige, la Loi de l'impôt sur le revenu a préséance. Le promoteur du régime est l'unique responsable du CFSS.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Demandes

Pour obtenir réponse à des questions détaillées, communiquez avec l'administrateur de votre régime d'avantages sociaux ou Green Shield Canada :

- ♦ Appelez notre centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 afin de déterminer l'admissibilité d'un article/service particulier et pour connaître les exigences en matière de prédétermination ou
- ♦ Visitez notre site Web à greenshield.ca pour envoyer votre question par courriel

Préautorisation

Pour **toute question de préautorisation**, transmettez un formulaire de préautorisation OU une ordonnance de médecin indiquant le diagnostic et ce qui est prescrit.

Soumission des demandes de règlement

Au moment de soumettre une demande de règlement à Green Shield, vous devez donner le numéro d'identification Green Shield propre à la personne assurée ayant reçu le service. Vous pouvez trouver votre numéro sur votre carte d'identité Green Shield. Celui de vos personnes à charge figure au verso. Les reçus détaillés originaux sont nécessaires pour le remboursement des demandes de règlement (les reçus de caisse ou de carte de crédit seuls ne sont pas des preuves de paiement acceptées).

Pour le **remboursement des demandes de règlement**, les reçus détaillés originaux sont nécessaires (**les reçus de caisse ou de carte de crédit seuls ne sont pas des preuves de paiement acceptées**), comportant :

- le nom de la personne assurée, son adresse et numéro d'identification de Green Shield
- le nom et l'adresse du prestataire de services
- la date du service (il s'agit de la date de prise en charge);
- les frais imputés pour chaque service ou accessoire;
- une description détaillée du service ou de l'accessoire;
- la recommandation médicale/ordonnance du médecin, lorsque nécessaire;
- pour les examens de l'ouïe, une copie de l'audiogramme et des détails de la contribution provinciale, selon le cas;
- pour les dates d'hospitalisation, d'entrée et de sortie, les frais de séjour et le nombre de jours dans un établissement privilégié.

Pour les demandes de règlement dentaires, présentez une demande de règlement pour soins dentaires dûment remplie par le membre du régime et par le dentiste. Si la demande de règlement est motivée par un accident, un formulaire de rapport d'accident dentaire et vos radiographies dentaires doivent être présentés à Green Shield pour approbation préalable. La non-observation de cette exigence peut compromettre le paiement.

Pour le compte de frais de soins de santé (CFSS), présentez un formulaire de demande CFSS en indiquant sur le formulaire si vous désirez que vos dépenses admissibles soient payées en premier par votre régime de soins médicaux ou dentaires Green Shield, pour que toute portion impayée de vos dépenses admissibles soit remboursée à partir de votre CFSS. Ces demandes de règlement doivent d'abord être soumises à votre régime d'assurance-maladie provincial ou à tout régime de soins de santé privé que vous pourriez avoir (y compris un autre régime Green Shield, le régime du conjoint, etc.).

Lorsque Green Shield est désigné comme assureur secondaire, remettez le relevé original de l'Explication des prestations de l'assureur principal ainsi qu'une copie du formulaire de demande de règlement afin de recevoir tout solde dû.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Toutes les demandes de règlement des soins médicaux, dentaires ou de soins en voyage doivent être reçues par Green Shield au plus tard dans les 12 mois suivant la date à laquelle le service admissible a été obtenu.

Toutes les demandes de règlement en vertu du CFSS doivent être reçues par Green Shield au plus tard 365 jours après la fin de l'année de prestation ou immédiatement après la date de votre cessation d'emploi, la date de votre retraite, la date de votre décès ou la date de votre congé de plus de 30 jours (autre qu'un congé de maternité, d'adoption ou parental).

PRÉSENTEZ TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT À : GREEN SHIELD CANADA

Aux soins de : Service des médicaments	Boîte postale 1652	Windsor (Ontario)	N9A 7G5
Aux soins de : Articles médicaux	Boîte postale 1623	Windsor (Ontario)	N9A 7B3
Aux soins de : Services professionnels	Boîte postale 1699	Windsor (Ontario)	N9A 7G6
Attention : Hôpital/Service des soins de la vue	Boîte postale 1615	Windsor (Ontario)	N9A 7J3
Aux soins de : Service à l'étranger	Boîte postale 1606	Windsor (Ontario)	N9A 6W1
Aux soins de : Service des soins dentaires	Boîte postale 1608	Windsor (Ontario)	N9A 7G1

Remboursement

Le remboursement est effectué au moyen de l'une des méthodes suivantes :

- a) versement direct sur votre compte bancaire personnel, sur demande;
- b) chèque de remboursement ou
- c) paiement direct au fournisseur de services, le cas échéant.

Tous les maximums et restrictions indiqués sont en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou américains pour les fournisseurs et les membres du régime, selon le pays du bénéficiaire.

Paiement direct au fournisseur de services (le cas échéant) (ne s'applique pas au compte de dépenses de soins de santé)

Fournissez votre numéro d'identification de Green Shield à votre fournisseur et, après avoir réglé toute quote-part applicable, votre fournisseur peut envoyer une facture directement à Green Shield et, le plus souvent, le paiement sera effectué directement à votre fournisseur de services. La plupart des fournisseurs possèdent une réserve de formulaires de demande de règlement.

Soins médicaux d'urgence en voyage

Vous devez contacter le service d'assistance-voyage de Green Shield par téléphone, dans les 48 heures suivant le début du traitement.

Appelez notre centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour des instructions détaillées sur la présentation des demandes de règlement.

Si vous avez engagé des dépenses que vous avez dû payer de votre poche, présentez les demandes de règlement accompagnées des reçus originaux au service d'assistance-voyage de Green Shield qui coordonnera alors le remboursement avec le régime d'assurance maladie provincial sur ces dépenses admissibles approuvées.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour présenter une demande de règlement, inclure le nom du patient, le numéro d'identification du régime d'assurance maladie provincial et un document détaillé montrant les services rendus et les frais facturés pour chaque service.

Subrogation

Green Shield Canada se réserve un droit de subrogation si les prestations payées en votre nom ou au nom de la personne à votre charge ont été ou auraient dû être payées ou fournies par un tiers. Cela signifie que Green Shield a le droit de recouvrer un paiement lorsque vous ou la personne à votre charge recevez un remboursement, en tout ou en partie, quant aux prestations ou paiements faits ou fournis par Green Shield, provenant d'un tiers ou d'autre(s) protection(s). Dans les cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

Coordination des prestations (CDP)

Lorsque vous êtes protégé par plus d'un régime d'assurance pour des prestations étendues de soins médicaux et dentaires, les prestations en vertu de ce régime sont coordonnées avec celles de l'autre régime, de façon à ce que vous obteniez un remboursement **maximum de 100 %** des dépenses admissibles engagées.

Les demandes de règlement doivent être présentées en premier lieu au payeur principal. Tout solde non payé devrait ensuite être soumis au(x) régime(s) secondaire(s). Utilisez les directives suivantes pour déterminer la priorité de paiement entre les différents régimes :

Personne membre du régime Green Shield

Green Shield est toujours le premier payeur. Si vous êtes assuré en vertu de deux régimes, la priorité s'établit comme suit :

- Le régime auquel vous participez à titre d'assuré à temps plein
- Le régime auquel vous participez à titre d'assuré à temps partiel
- Le régime auquel vous participez à titre de retraité

Conjoint

Si votre conjoint est assuré en vertu d'un autre régime, cette protection Green Shield a toujours le statut de deuxième payeur. Votre conjoint doit d'abord présenter les demandes de règlement à son régime.

Enfants à charge

Lorsque les enfants à charge sont couverts à la fois par le régime Green Shield et celui de votre conjoint, l'ordre de présentation des demandes de règlement est le suivant :

- Le régime du parent dont la date de naissance (jour et mois) arrive en premier dans une année civile
- Le régime du parent dont le prénom est le premier en ordre alphabétique, si les parents ont la même date de naissance
- Dans les cas de séparation/divorce avec plus d'un régime d'avantages sociaux pour les enfants, l'ordre suivant s'applique :
 - Le régime du parent ayant la garde légale de l'enfant à charge
 - Le régime du conjoint du parent ayant la garde légale de l'enfant à charge
 - Le régime du parent n'ayant pas la garde légale de l'enfant à charge
 - Le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde légale de l'enfant à charge

Si les parents ont la garde partagée et que les enfants à charge sont couverts en vertu des deux régimes, les demandes de règlement doivent être présentées premièrement au régime du parent dont la date de naissance (jour et mois) est la première dans une année civile. Les soldes impayés peuvent alors être présentés en vertu du régime de l'autre parent.

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Prestations d'assurance voyage

Dans l'éventualité d'une demande de règlement en voyage, tous les régimes se partagent également le montant.

Lorsque Green Shield est désigné comme assureur secondaire, remettez le relevé original de l'Explication des prestations de l'assureur principal ainsi qu'une copie du formulaire de demande de règlement afin de recevoir tout solde dû.

ACCORD DU RÉSEAU DE FOURNISSEURS PRIVILÉGIÉS DE SOINS DE LA VUE

En tant que membre du régime Green Shield, vous avez accès à notre réseau national de fournisseurs privilégiés, en vertu duquel tous les membres du régime Green Shield sont admissibles à recevoir un escompte sur des articles de lunetterie et sur la chirurgie oculaire au laser.

Les éléments de ce service de grande valeur pour les articles de lunetterie ou la chirurgie oculaire au laser comprennent :

1. une offre qui s'applique à tout membre du régime de Green Shield, peu importe que vous receviez des prestations pour soins de la vue de Green Shield ou non;
2. la possibilité pour le fournisseur de soins de la vue d'envoyer une facture directement à Green Shield; le membre du régime ne paie que la partie qui n'est pas couverte en vertu de sa prestation des soins de la vue;
3. des chaînes de magasins dignes de confiance situées dans des endroits pratiques;
4. une offre de rabais qui s'applique notamment aux enduits supplémentaires, aux mises à jour et améliorations, aux accessoires;
5. un choix parmi des centaines de modèles de montures en plus de la technologie de pointe en matière de lentilles et d'enduits;
6. des opticiens professionnels qui vous aident à choisir les produits;
7. L'offre s'applique aux lentilles cornéennes non jetables (les lentilles cornéennes jetables sont exclues).

Visitez notre site Web à greenshield.ca ou appelez notre centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour obtenir des renseignements sur les fournisseurs de soins de la vue.

Comment présenter votre demande de règlement pour soins de la vue

1. Présentez votre carte d'identification de Green Shield prouvant que vous êtes membre du régime de Green Shield.
2. Le fournisseur de soins de la vue appliquera le(s) rabais approprié(s) à votre demande de règlement et enverra directement la demande de règlement à Green Shield pour recevoir le paiement. Vous vous acquittez de tout solde non couvert en vertu de votre régime d'avantages de soins de la vue auprès de votre fournisseur de soins de la vue.
3. Si vous n'avez aucune prestation pour les soins de la vue, vous payez le solde complet à votre fournisseur, une fois que les rabais appropriés ont été appliqués.

NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Le Code en matière de confidentialité de Green Shield Canada instaure un équilibre entre les droits à la protection des renseignements personnels des membres participants et des personnes à leur charge, dans le cadre de nos régimes collectifs et individuels de prestations, et la possibilité pour nos employés de disposer des renseignements dont ils ont légitimement besoin pour offrir le service à la clientèle. Il s'articule en fonction des principes clés suivants :

1. Nous sollicitons vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- pour nous assurer de votre identité;
- pour vous fournir, à vous et/ou aux personnes à votre charge, la protection à laquelle vous avez droit;
- pour vous protéger et nous protéger contre les erreurs et la fraude;
- pour vous offrir un accès continu à d'autres services de Green Shield.

2. Consentement

Au moment où vous vous êtes inscrit à votre régime collectif de prestations, à titre de membre du régime, vos renseignements personnels n'ont été obtenus et utilisés qu'avec votre consentement. Nous avons obtenu votre consentement avant de :

- vous offrir une protection;
- vous offrir d'autres services de Green Shield;
- obtenir, utiliser ou divulguer à d'autres personnes des renseignements à votre sujet, à moins que la loi ne nous force à le faire ou qu'il en aille de la protection de nos intérêts;
- utiliser vos renseignements personnels selon des modalités quelconques qui ne vous auraient pas été préalablement expliquées.

Votre consentement peut nous être accordé de façon explicite ou tacite. Le consentement explicite peut être verbal ou écrit.

Votre consentement peut s'avérer tacite ou découler de certains gestes. En ce qui concerne les membres participants et les personnes à leur charge, dans le cadre de nos régimes collectifs et individuels actuels de prestations, nous continuerons d'utiliser et de divulguer les renseignements personnels que vous nous avez préalablement confiés conformément à notre code en matière de confidentialité actuellement en vigueur, à moins d'avis contraire de votre part, et votre recours continu à nos services nous permettra de supposer que votre consentement a été obtenu.

3. Retrait d'un consentement

En tout temps, après nous l'avoir octroyé, et dans la mesure où la loi et la réglementation le permettent, vous pouvez retirer votre consentement.

Si vous ne consentez pas à certaines formes d'utilisation de vos renseignements personnels ou si vous nous retirez votre consentement, nous ne serons plus en mesure d'administrer votre régime d'avantages sociaux. Si tel est le cas, nous vous expliquerons la situation, afin de vous aider à prendre une décision éclairée.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques et procédures en matière de confidentialité, veuillez consulter le site Web de Green Shield à greenshield.ca.