

# PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX

## Sysco Canada Inc.

Classification : Programme d'avantages sociaux flexibles

Divisions : 13255, 15138, 24640, 24642, 24645, 24648, 24649, 24650, 24651, 24653, 24663, 24664, 24665, 24666, 24671, 24672, 24674, 25731, 25733, 25736, 25738, 29885, 44017, 50053, 50056, 50057

Entrée en vigueur de la version révisée : Le 1<sup>er</sup> mai 2022

**GSC partout**  
Votre service en ligne qui rend les choses rapides, pratiques et faciles.



Visitez [greenshield.ca](https://greenshield.ca) pour vous inscrire

 **CHANGER POUR LA VIE™**

Accessible sur **GSC partout**

**GSC**  
passe au mobile

 Téléchargez dans l'App Store  
 DISPONIBLE SUR Google play

Téléchargez l'APPLI dès aujourd'hui!



## BIENVENUE AU PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX

Ce sommaire contient des renseignements importants concernant votre régime de prestations collectif, qui vous est offert par **Sysco Canada Inc.**, promoteur de régime, en vertu du contrat collectif souscrit auprès de Green Shield Canada (GSC), en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2018.

### SOMMAIRE DES PROTECTIONS DE SOINS DE SANTÉ

Les [protections de soins de santé](#) s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les services indiqués ci-dessous sont admissibles s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure, et le remboursement sera limité aux frais [raisonnables et habituels](#), sous réserve des limites et maximums applicables mentionnés ci-après. Seules les options spécifiques auxquelles vous avez adhéré(e) s'appliquent à vous (coordination, de base ou améliorée).

Couverture de votre régime	Option coordination	Option de couverture de base	Option améliorée
<b>Franchise par année de régime</b>	Aucune franchise	Aucune franchise	Aucune franchise
<b>Maximums</b>			
Maximum global pour soins de santé	1 000 000 \$ par personne couverte, à vie	1 000 000 \$ par personne couverte, à vie	1 000 000 \$ par personne couverte, à vie
Thérapie de désaccoutumance au tabac au laser	Aucune couverture	300 \$ à vie	300 \$ à vie
Programme de désaccoutumance au tabac	Aucune couverture	Une série de traitements au cours de toute période de 12 mois	Une série de traitements au cours de toute période de 12 mois
<b>Votre quote-part</b>			
Médicaments sur ordonnance	Aucune couverture	20 % pour les médicaments génériques ou 30 % pour les médicaments d'origine, plus tous les frais d'exécution ou de préparation, jusqu'à ce que le maximum de 2 000 \$ par famille ait été déboursé de la poche du membre du régime par année de régime (protections combinées, à l'exception des frais de soins de la vue et d'hospitalisation); 0 % par la suite	10 % pour les médicaments génériques ou 20 % pour les médicaments d'origine, plus tous les frais d'exécution ou de préparation, jusqu'à ce que le maximum de 1 000 \$ par famille ait été déboursé de la poche du membre du régime par année de régime (protections combinées, à l'exception des frais de soins de la vue et d'hospitalisation); 0 % par la suite
Soins de la vue et examens optométriques	Aucune couverture	0 %	0 %
Hospitalisation	30 %	20 %	10 %
Toutes les autres protections de soins de santé	30 %	20 % jusqu'à ce que le maximum de 2 000 \$ par famille ait été déboursé de la poche du membre du régime par année de régime (protections combinées, à l'exception des frais de soins de la vue et d'hospitalisation); 0 % par la suite	10 % jusqu'à ce que le maximum de 1 000 \$ par famille ait été déboursé de la poche du membre du régime par année de régime (protections combinées, à l'exception des frais de soins de la vue et d'hospitalisation); 0 % par la suite

**MON SOMMAIRE DES PROTECTIONS**

<b>Couverture de votre régime</b>	<b>Option coordination</b>	<b>Option de couverture de base</b>	<b>Option améliorée</b>
<b>Couverture de votre régime</b>	<b>Maximum payé par le régime</b>		
<b><u>Médicaments sur ordonnance</u></b> (Substitution obligatoire par des médicaments génériques)	Aucune couverture	Aucun plafond, sauf dans les cas indiqués ci-dessus	Aucun plafond, sauf dans les cas indiqués ci-dessus
<b><u>Hospitalisation</u></b>	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits
<b><u>Soins auditifs</u></b>	300 \$ par période de 36 mois	300 \$ par période de 36 mois	300 \$ par période de 36 mois
<b><u>Orthèses</u></b> Orthèses sur mesure	400 \$ par année de régime	400 \$ par année de régime	400 \$ par année de régime
<b><u>Soins infirmiers en service privé</u></b>	10 000 \$ par année de régime, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ à vie	10 000 \$ par année de régime, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ à vie	10 000 \$ par année de régime, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ à vie
<b><u>paramédicaux</u></b> Chiropraticien, ostéopathe Podiatre/podologue, massothérapeute autorisé, naturopathe, physiothérapeute, psychologue ou conseiller avec maîtrise en service social, orthophoniste, acupuncteur, homéopathe, thérapeute du sport	Aucune couverture	500 \$ par année de régime pour tous les praticiens combinés	1 000 \$ par année de régime pour tous les praticiens combinés
<b><u>Soins de la vue</u></b> Lunettes ou lentilles cornéennes ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical, ou chirurgie des yeux au laser	Aucune couverture	100 \$ par période de 24 mois (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 17 ans et moins)	250 \$ par période de 24 mois (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 17 ans et moins)

## SOMMAIRE DES PROTECTIONS DE VOYAGE

Les protections de voyage s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie si une urgence médicale survient alors que vous vous trouvez à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada. Si votre régime provincial d'assurance-maladie offre une protection pour des frais engagés à l'extérieur du Canada, les services hospitaliers et médicaux ne sont admissibles que si votre régime provincial d'assurance-maladie contribue au paiement des frais pour les services reçus. Les services indiqués ci-dessous sont admissibles s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'une blessure soudaine et imprévue, et le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels applicables à la région où ils sont engagés.

Options coordination, de base et améliorée	
<b>Franchise</b> par année de régime (par personne/par famille)	Aucune franchise
Votre <b>quote-part</b>	0 %
Nombre maximum de jours par voyage	60 jours
Couverture de votre régime	<b>Maximum payé par le régime</b>
<u>Services d'urgence</u>	1 000 000 \$ par année de régime
<u>Services d'orientation</u>	50 000 \$ par année de régime

**Avant de partir en voyage, rendez-vous à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) pour prendre connaissance des renseignements importants qui vous serviront si une urgence médicale survient pendant votre voyage.**

## SOMMAIRE DES PROTECTIONS DE SOINS DENTAIRES

Les soins dentaires indiqués ci-dessous sont remboursables s'ils sont nécessaires pour prévenir ou traiter une maladie ou une blessure dentaire, et le remboursement sera limité au montant indiqué dans le guide des tarifs de l'association dentaire provinciale mentionné ci-dessous. Seules les options spécifiques que vous avez demandées s'appliquent à vous (coordination, de base ou améliorée).

	Option coordination	Option de couverture de base	Option améliorée
<b>Franchise</b> par année de régime (par personne/par famille)	Aucune couverture	Aucune franchise	
<u>Guide des tarifs</u> dentaires (Praticiens généralistes)		De la province où le traitement est reçu	
<b>Votre quote-part</b> <u>Soins de base et soins de base étendus</u> Détartrage préventif, détartrage parodontal et surfaçage radiculaire  Tous les autres soins de base et soins de base étendus		0 % pour les 2 premières unités combinées au cours d'une période de 6 mois, 20 % par la suite  20 %	0 % pour les 2 premières unités combinées au cours d'une période de 6 mois, 10 % par la suite  10 %
<u>Soins majeurs</u>		50 %	50 %

## MON SOMMAIRE DES PROTECTIONS

<a href="#">Orthodontie</a> pour les enfants à charge uniquement	Aucune couverture	Aucune couverture	50 %
<b>Couverture de votre régime</b>			
Soins de base et soins de base étendus		1 000 \$ par année de régime pour l'ensemble des soins de base, soins de base étendus et soins majeurs	1 500 \$ par année civile pour les soins de base et les soins de base étendus combinés
Soins majeurs		1 000 \$ par année de régime pour l'ensemble des soins de base, soins de base étendus et soins majeurs	1 500 \$ par année de régime
Orthodontie (pour les enfants à charge uniquement)		Aucune couverture	1 500 \$ à vie
<b>Sommaire des soins couverts</b>			
<p><b>Soins de base</b> : Incluent examens de rappel une fois tous les 6 mois, obturations et extractions.</p> <p><b>Soins de base étendus</b> : Incluent traitement de canal, détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, ajustement ou rebasage et réparation des prothèses.</p> <p><b>Soins majeurs</b> : Incluent couronnes, prothèses dentaires et ponts (remplacement de chacun limité à une fois tous les 5 ans).</p> <p><b>Orthodontie</b> : Traitement d'orthodontie en personne seulement pour redresser les dents et corriger l'occlusion.</p>			

## SOMMAIRE DU COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ

Ce [compte de frais pour soins de santé \(CFSS\)](#) est provisionné par le promoteur de votre régime et administré par GSC. Il peut servir à régler les frais de soins de santé et dentaires qui ne sont pas couverts par votre programme d'avantages sociaux ni par votre régime provincial d'assurance-maladie.

	<b>Options coordination et de base</b>
Paiement forfaitaire par membre du régime	Selon le montant déterminé par le promoteur de votre régime
<b>Année de régime</b> : Du 1 <sup>er</sup> juillet au 30 juin	

## COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES

Ce [compte de dépenses personnelles](#) consiste en un compte de dépenses provisionné par le promoteur de votre régime. Ce compte peut servir à régler une variété de frais engagés pour votre bien-être personnel non couverts par votre programme d'avantages sociaux ni par votre régime provincial d'assurance-maladie. Les dépenses faisant l'objet d'une demande de règlement sont assujetties à l'impôt sur le revenu selon les directives de l'Agence du revenu du Canada.

	<b>Options coordination et de base</b>
Paiement forfaitaire par membre du régime	Selon le montant déterminé par le promoteur de votre régime
<b>Année de régime</b> : Du 1 <sup>er</sup> juillet au 30 juin	

## AU SUJET DE CE SOMMAIRE

Ce sommaire vise à vous donner un aperçu des couvertures offertes. Le détail de ces couvertures, y compris les limites et exclusions applicables aux protections figurant dans ce sommaire, qui fera partie de votre livret du régime de protections, pourra être consulté en ligne à [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

Ce sommaire décrit les [franchises](#), [quotes-parts](#) et maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de la division indiquée sur la page de couverture du présent sommaire. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens.

Seules les protections que vous avez précisément demandées et auxquelles le promoteur de votre régime vous a déclaré admissible s'appliquent à vous. Vous devez obligatoirement être couvert pour que vos personnes à charge soient couvertes aussi. Votre couverture se terminera à la date à laquelle le promoteur de votre régime avisera GSC que vous n'êtes plus admissible. La couverture de vos personnes à charge se terminera à la fin de votre couverture ou à la date à laquelle vos personnes à charge ne répondront plus à la définition de [personne à charge](#), la date la plus rapprochée étant retenue.

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

## GSC partout – DES RENSEIGNEMENTS À VOTRE FAÇON

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

- visualiser votre livret du régime de prestations;
- accéder à l'historique de vos demandes de règlement, y compris les étapes du traitement de vos demandes de règlement;
- vérifier votre admissibilité et votre couverture pour les services ou articles de soins de santé afin de savoir instantanément quelle partie d'une demande de règlement sera couverte;
- soumettre les demandes de règlement en ligne (certaines demandes peuvent même être traitées instantanément si vous êtes inscrit au dépôt direct);
- rechercher un médicament afin d'obtenir des renseignements se rapportant à votre propre couverture ou à celle de votre famille;
- rechercher des fournisseurs de soins de santé approuvés par GSC dans une région donnée (au Canada) qui soumettront vos demandes de règlement pour vous;
- demander le dépôt direct des paiements dans votre compte bancaire;
- imprimer des formulaires de demande de règlement personnalisés et accéder à votre carte d'identification numérique;
- imprimer des relevés personnels d'Explication des prestations dont vous aurez besoin pour la coordination des prestations.

**Inscrivez-vous en ligne à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) et voyez ce que notre site Web peut faire pour vous!**

## NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>ADMISSIBILITÉ</b> .....	<b>3</b>
Pour vous .....	3
Pour les personnes à votre charge .....	3
Adhésion.....	3
Date d'entrée en vigueur.....	3
Renouvellement de l'adhésion .....	3
Couverture verrouillée.....	4
Événements marquants de la vie.....	4
Résiliation .....	4
Enfants à charge – Maintien de la couverture .....	4
Survivants – Maintien de la couverture .....	4
Vous perdez votre programme d'avantages sociaux?.....	5
<b>DESCRIPTION DES PRESTATIONS</b> .....	<b>6</b>
<b>RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ</b> .....	<b>6</b>
Médicaments sur ordonnance.....	6
Soins de santé complémentaires .....	8
<b>VOYAGES</b> .....	<b>13</b>
<b>RÉGIME DE SOINS DENTAIRES</b> .....	<b>21</b>
Soins de base.....	21
Soins de base étendus .....	22
Soins majeurs.....	23
Soins orthodontiques .....	23
<b>COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)</b> .....	<b>27</b>
<b>COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP)</b> .....	<b>28</b>
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT</b> .....	<b>30</b>
<b>SERVICES SUPPLÉMENTAIRES</b> .....	<b>34</b>

## DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, les définitions suivantes s'appliquent dans le présent livret.

**Année civile** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année.

**Année de régime** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de chaque année.

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

**Chambre à deux lits pour l'hospitalisation** désigne une pièce ne comportant que deux lits de traitement.

**Emploi non conforme à l'étiquette** signifie l'utilisation d'un médicament à d'autres fins ou pour traiter d'autres troubles que ceux pour lesquels Santé Canada a approuvé l'utilisation du médicament.

**Frais raisonnables et habituels** font référence, de l'avis de GSC, aux frais habituels du fournisseur pour le service ou le produit en l'absence d'une couverture, qui toutefois ne dépassent pas les frais en vigueur à l'endroit où ils sont perçus pour un service ou un produit semblable.

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

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

**Médicament biologique de référence** signifie un médicament biologique dont la vente est autorisée pour la première fois par Santé Canada.

**Médicament biologique** signifie un médicament produit au moyen de cellules ou de microorganismes vivants (p. ex., des bactéries), souvent fabriqué à l'aide d'un procédé particulier appelé technique d'analyse de l'ADN.

**Médicament biosimilaire** signifie un médicament biologique dont il a été démontré qu'il est similaire à un médicament biologique de référence dont la vente est déjà autorisée par Santé Canada.

**Membre du régime** vous désigne, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

**Montant permis** désigne, selon GSC :

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

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

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

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

- a) Votre conjoint, si vous êtes légalement marié, ou si vous n'êtes pas légalement marié, la personne avec qui vous vivez dans une union de fait depuis plus de 12 mois consécutifs. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat collectif;
- b) Votre enfant non marié de moins de 21 ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 25 (26 ans pour les résidents du Québec), s'il est inscrit à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
- d) Votre enfant non marié (peu importe son âge) devenu totalement invalide alors qu'il était admissible en vertu de la clause b) ou c) ci-dessus, invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

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

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

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

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

## ADMISSIBILITÉ

### Pour vous

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

- a) Être résident du Canada;
- b) Être couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie et
- c) Être activement au travail et travailler, de façon régulière, un minimum de :
  - 30 heures par semaine – employés à temps plein;
  - 20 heures par semaine – employés à temps partiel.

### Pour les personnes à votre charge

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

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

### Adhésion

Pour vous inscrire, vous devez présenter une demande de couverture en fournissant à l'administrateur les renseignements appropriés dans les 31 jours qui suivent la date de votre embauche. La participation à ce programme est obligatoire, à moins que vous renonciez à votre protection parce que vous disposez déjà d'une couverture au titre du programme d'avantages sociaux de votre conjoint. Vous devez donc choisir parmi l'une des options suivantes : coordination, de base ou améliorée. Vous devez sélectionner la même option et le même niveau de couverture pour les protections de soins de santé et dentaires (régime de soins de santé amélioré et régime de soins dentaires amélioré).

Si vous ne choisissez pas une option de couverture dans les 31 jours qui suivent votre embauche, vous serez automatiquement inscrit aux options de base des soins de santé et dentaires.

### Date d'entrée en vigueur

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

Vous devenez admissible :

- Employés à temps plein – le premier jour suivant 3 mois de service actif continu;
- Employés à temps partiel – après avoir effectué 1 040 heures de service actif continu.

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

Si vous avez renoncé à votre admissibilité parce que vous disposez déjà d'une couverture au titre du régime de prestations de votre conjoint, vous devez présenter une demande de couverture au promoteur de votre régime dans les 31 jours qui suivent la date de fin de la couverture offerte par le régime de votre conjoint.

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

### Renouvellement de l'adhésion

Le renouvellement de l'adhésion a lieu le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année. Vous pouvez modifier vos options de protection ou conserver les mêmes pour la prochaine année de régime.

\* En vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2022 – Le renouvellement de l'adhésion aura lieu tous les 2 ans.

### **Couverture verrouillée**

Lorsque vous adhérez au régime, vous devez choisir une option figurant dans le Sommaire des protections, et vos options de protection seront bloquées jusqu'à la prochaine date de renouvellement de l'adhésion, à moins qu'un événement marquant admissible ne survienne dans votre vie.

### **Événements marquants de la vie**

Si un événement marquant admissible survient dans votre vie, vous pouvez modifier votre option de couverture dans un délai de 31 jours. Les événements marquants de la vie comprennent :

- a) La naissance ou l'adoption d'un enfant;
- b) Un changement dans la situation de famille;
- c) La perte ou l'ajout de la couverture du conjoint au titre d'un autre régime.

Vous ne pouvez passer à un niveau de protection supérieur que si vous aviez initialement renoncé à la couverture. Pour tous les autres événements marquants de la vie, vous pouvez modifier uniquement votre situation de famille, et non votre niveau de protection.

### **Résiliation**

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) Date à laquelle votre emploi se termine;
- b) Date à laquelle vous ne travaillez plus activement;
- c) Fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- d) Date à laquelle le contrat collectif prend fin.

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

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

### **Enfants à charge – Maintien de la couverture**

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

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

### **Survivants – Maintien de la couverture**

Dans le cas de votre décès durant la couverture, celle-ci se poursuivra pour les personnes à votre charge admissibles couvertes jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) Trois (3) mois après la date de votre décès;
- b) Date à laquelle la personne couverte ne serait plus considérée comme une personne à charge au titre du régime si vous étiez encore en vie;
- c) Date à laquelle se termine la protection prévue pour la personne à charge qui est couverte.

### **Vous perdez votre programme d'avantages sociaux?**

Si votre couverture au titre du programme d'avantages sociaux du promoteur prend fin, vous pouvez faire une demande d'adhésion à l'un des régimes de soins de santé et dentaires individuels de GSC. L'acceptation à ces régimes est garantie, pourvu que GSC reçoive votre demande dans les 90 jours qui suivent la cessation des protections du programme d'avantages sociaux de votre employeur, ainsi que le paiement initial. Il n'y a aucun questionnaire sur votre état de santé à remplir ni examen médical à passer au moment de la demande. Ces régimes prévoient le remboursement des médicaments servant au traitement de maladies préexistantes. Mieux encore, ils vous offrent une couverture à vie.

### **Régimes SantéAssurée<sup>MC</sup> LIEN – Achetez directement de GSC**

Visitez [santeassuree.ca](http://santeassuree.ca) pour obtenir plus de renseignements sur les options offertes par Régimes SantéAssurée<sup>MC</sup> LIEN. Vous pouvez y demander une trousse d'information, obtenir des soumissions et souscrire votre couverture en ligne. C'est simple et rapide. Vous pouvez aussi nous appeler 1 844 833-7873 – nous pourrions répondre à vos questions et prendre votre demande d'adhésion par téléphone.

<sup>MC</sup> Marque de commerce de Green Shield Canada.

## DESCRIPTION DES PRESTATIONS

### RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Les protections indiquées dans cette section sont admissibles au titre de l'option de régime sélectionnée, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des protections, si elles sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure. Le remboursement sera limité aux frais [raisonnables et habituels](#), sous réserve des limites et maximums indiqués dans le Sommaire des protections et dans la Description des protections.

#### Médicaments sur ordonnance

Remboursement des médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des protections, selon les conditions suivantes :

- a) Être prescrits par un praticien ou dentiste dûment qualifié, comme la loi l'autorise;
- b) Nécessiter une ordonnance et comporter un numéro d'identification du médicament (DIN);
- c) Être approuvés dans le cadre du processus de revue des médicaments de GSC; et
- d) Être réglés par paiement direct.

GSC se réserve le droit de gérer ses formulaires de médicaments au moyen d'un processus d'examen fondé sur des données probantes selon lequel les médicaments sont évalués en fonction de leur valeur globale, en tenant compte de leur efficacité clinique, de leur innocuité, des besoins non satisfaits et de leur prix abordable pour le régime. La gestion des formulaires comprend les droits suivants :

- Ajouter un médicament aux formulaires de GSC;
- Exclure ou retirer un médicament des formulaires de GSC, sans égard à l'approbation de Santé Canada ou à l'existence d'une couverture provinciale;
- Imposer des restrictions pour un médicament figurant sur un formulaire, lesquelles sont déterminées par GSC. Ces restrictions peuvent comprendre, sans s'y limiter, l'approbation préalable du médicament par GSC avant que le médicament puisse être remboursé, la nécessité de se procurer le médicament auprès d'un fournisseur approuvé et l'exigence de se procurer un produit de rechange moins coûteux du même traitement, comme un médicament générique ou un [médicament biosimilaire](#).

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

Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable de GSC avant que les frais pour ces médicaments puissent être remboursés. De plus, il se peut que certains médicaments définis par GSC comme des médicaments de spécialité à coût élevé doivent être achetés d'une pharmacie approuvée membre du réseau de fournisseurs privilégiés (RFP) de médicaments de spécialité de GSC avant que les frais pour ces médicaments puissent être remboursés. Pour savoir si votre médicament nécessite une autorisation préalable ou s'il fait partie du RFP, vérifiez votre couverture dans la section « Vos protections pour soins de santé » dans l'appli *GSC partout*, ou communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GSC.

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

### **Substitution par des médicaments génériques**

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

### **Formulaire des médicaments conditionnels<sup>MC</sup> – En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003**

Les nouveaux médicaments lancés sur le marché canadien et approuvés par Santé Canada après le 1<sup>er</sup> janvier 2003 seront soumis à un processus d'évaluation de la part de GSC dans le but d'en déterminer le besoin, l'innocuité, l'efficacité et le coût.

En exécutant l'ordonnance, votre pharmacien saura si le médicament est couvert, couvert à certaines conditions ou non couvert. Si le médicament est couvert à certaines conditions, vous devez communiquer avec notre Centre de service à la clientèle pour obtenir un formulaire d'autorisation spéciale et une fiche des critères que votre médecin devra remplir. Une fois remplis, ces formulaires doivent être retournés à GSC aux fins d'examen. Nous vous indiquerons si le médicament est couvert ou non. Une fois que le médicament aura été approuvé pour que vous puissiez l'utiliser, vous pourrez soumettre toutes vos futures demandes de règlement par voie électronique.

### **REMARQUE**

Protections pour les médicaments sur ordonnance pour les personnes de 65 ans et plus : La quote-part et la franchise (le cas échéant) du programme d'avantages sociaux pour les médicaments sur ordonnance de votre province de résidence constituent des frais admissibles.

Résidents du Québec seulement : La loi oblige GSC à se conformer aux directives de remboursement de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour tous les résidents du Québec. Si vous avez moins de 65 ans, vous devez vous inscrire au régime de remboursement des médicaments de GSC, auquel cas ce dernier sera le seul payeur. Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, l'inscription à la RAMQ est automatique, l'inscription au programme d'avantages sociaux pour les médicaments sur ordonnance de GSC est facultative, et la RAMQ est alors le premier payeur.

Si des dispositions de ce régime ne répondent pas aux exigences minimales de la RAMQ, les modifications nécessaires se font automatiquement.

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) Médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- b) Vitamines qui ne nécessitent pas une ordonnance;
- c) Produits de substitution de la nicotine (timbres, gomme, pastilles et inhalateurs);
- d) Produits qui peuvent être légalement vendus ou offerts à la vente autrement que par les pharmacies de détail, et qui ne sont pas normalement considérés par les praticiens comme des médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire ou obligatoire, sauf s'ils sont expressément désignés et admissibles comme « médicaments sur ordonnance »;
- e) Ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un problème de santé ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- f) Mélanges préparés par un pharmacien qui ne sont pas conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

## Soins de santé complémentaires

**Hospitalisation** : Remboursement, tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des protections, des frais [raisonnables et habituels](#) à l'endroit où les services ont été reçus pour l'hébergement dans un hôpital général public, un hôpital de convalescence ou de réadaptation, une aile de convalescence ou de réadaptation dans un hôpital général public, un hôpital public pour maladies chroniques ou une unité de soins prolongés d'un hôpital général public, à condition que le régime provincial d'assurance-maladie ait accepté ou convenu de payer le tarif pour une salle commune ou le tarif normal.

**Soins auditifs** : Remboursement des prothèses auditives, réparations ou pièces de rechange, si celles-ci sont recommandées ou approuvées par le praticien dûment qualifié, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des protections. Aucun montant ne sera versé pour les piles.

**Articles et services médicaux** : Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, à moins d'avis contraire ci-dessous, remboursement des frais [raisonnables et habituels](#), jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des protections, le cas échéant, pour :

- a) Les articles visant à faciliter la vie quotidienne, comme :
  - i) Lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et le matelas;
  - ii) Bassins de lit, chaises d'aisance standard, urinoirs;
  - iii) fournitures pour décubitus (personnes alitées), lève-personnes portables (y compris les batteries), perroquets/poteaux d'appui et tiges à soluté;
- b) Les orthèses plantaires sur mesure, lorsque prescrites par votre médecin traitant, infirmier praticien, podiatre ou podologue et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podorthésiste :
- c) Le matériel et les fournitures pour personnes diabétiques, comme :
  - i) Glucomètres et lancettes;
  - ii) Systèmes de contrôle du glucose (SCG) comme les appareils de contrôle continu et ponctuel assujettis à une autorisation médicale préalable et dont le montant du remboursement équivaut au coût d'un glucomètre. Les fournitures de SCG jetables (utilisées avec l'appareil) telles que les capteurs et les transmetteurs, sans pour autant se limiter à ceux-ci, sont comprises et assujetties au maximum annuel global applicable aux agents réactifs pour personnes diabétiques de même qu'au matériel et aux fournitures de contrôle;
- d) Les services médicaux, comme :
  - i) Tests diagnostiques et de laboratoire;
  - ii) Radiographies;
- e) Les articles médicaux, comme les neurostimulateurs transcutanés électriques (appareil TENS), maximum de 1 par période de 60 mois;
- f) Les articles d'incontinence ou de stomie, comme les fournitures de cathétérisme et de stomie;
- g) Les aides à la mobilité et les articles médicaux, comme :
  - i) Cannes et déambulateurs;
  - ii) Fauteuils roulants et scooters (y compris les batteries);
- h) Les examens optométriques de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, un ophtalmologiste ou un médecin autorisé, maximum de 60 \$ par période de 12 mois pour l'option de base et de 90 \$ par période de 12 mois pour l'option améliorée. Cette protection est offerte uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie;
- i) Les articles respiratoires ou de cardiologie, comme :
  - i) Compresseurs et dispositifs d'inhalation;
  - ii) Oxygène et équipement pour son administration;
  - iii) Fournitures de trachéotomie.

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

### Limites

- a) Le prix de la location d'équipement médical durable ne doit pas dépasser le prix d'achat. La décision de GSC concernant l'achat ou la location sera fondée sur l'estimation du praticien dûment qualifié quant à la durée du besoin selon l'ordonnance initiale. L'autorisation de la location peut être accordée pour la durée prescrite. Le matériel qui a été rénové par le fournisseur pour la revente n'est pas un avantage admissible aux protections.
- b) L'équipement médical durable doit être adapté pour une utilisation à domicile, être capable de résister à une utilisation répétée et n'être généralement pas utile en l'absence de maladie ou de blessure.
- c) Quand le matériel médical de luxe est couvert par le régime, le remboursement se fait uniquement lorsque les caractéristiques de luxe sont nécessaires pour que la personne couverte utilise efficacement le matériel. Les articles qui ne sont pas principalement médicaux de nature ou qui sont conçus pour offrir confort et commodité ne sont pas admissibles.

**Transport d'urgence :** Remboursement des frais raisonnables et habituels pour le transport professionnel en ambulance terrestre ou aérienne jusqu'à l'hôpital le plus proche doté de l'équipement nécessaire pour offrir le traitement requis, en cas de nécessité médicale attribuable à une blessure, une maladie ou une invalidité physique grave.

**Soins infirmiers en service privé à domicile :** Remboursement des services prodigués à domicile par un infirmier autorisé (inf. aut.) ou un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.) par visite ou par quart de travail, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des protections. Aucun montant ne sera payé pour des services de garde ni pour des services qui ne requièrent pas le niveau d'aptitude d'un infirmier autorisé (inf. aut.) ou d'un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.).

Un formulaire d'autorisation préalable pour les soins infirmiers en service privé doit être rempli par le médecin traitant et soumis à GSC.

**Services paramédicaux :** Remboursement des services des praticiens inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, lorsque le praticien qui fournit le service est autorisé par son organisme de réglementation provincial ou est un membre enregistré d'une association professionnelle et que cette association est reconnue par GSC. Communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GSC pour confirmer l'admissibilité du praticien.

### REMARQUE

- Les services de podologie sont admissibles en coordination avec votre régime provincial d'assurance-maladie.

**Soins dentaires consécutifs à un accident :** Remboursement des frais de soins dentaires sur dents naturelles prodigués par un dentiste autorisé à pratiquer sa profession lorsque ces soins sont nécessaires par suite d'un coup direct reçu sur la bouche et non à cause d'un objet placé sciemment ou non dans la bouche. L'accident doit survenir pendant que la protection est en vigueur. Lorsque des dents naturelles ont été endommagées, les services admissibles sont limités à un jeu de dents artificielles. Vous devez aviser GSC immédiatement après l'accident et le traitement doit être entrepris dans les 180 jours qui suivent l'accident.

GSC ne peut être tenue responsable des services fournis après la première des deux éventualités suivantes : a) 365 jours après l'accident ou b) la date à laquelle votre protection ou celle de votre personne à charge cesse dans le cadre du régime.

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

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

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

**Soins de la vue :** Remboursement des services fournis par un optométriste, opticien ou ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le Sommaire des protections, relativement à ce qui suit :

- a) Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
- b) Lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical lorsqu'une acuité visuelle d'au moins 20/40 ne peut être obtenue d'une autre manière dans le meilleur œil ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou d'une difformité physique faisant en sorte qu'il est impossible de porter des montures normales;
- c) Pièces de rechange pour lunettes d'ordonnance;
- d) Chirurgie des yeux au laser;
- e) Lunettes de soleil sans ordonnance prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques.

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) Traitement médical ou chirurgical, sauf s'il est expressément désigné et admissible comme indiqué sous « Soins de la vue »;
- b) Procédures particulières ou inhabituelles comme l'entraînement visuel (sauf si elles sont expressément désignées et admissibles comme indiqué sous « Soins de la vue »), le traitement orthoptique, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- c) Rendez-vous de suivi pour la fourniture et l'ajustement de lentilles cornéennes;
- d) Frais relatifs aux étuis à lunettes.

## **Exclusions des protections de soins de santé**

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
  - a) un acte de guerre, déclarée ou non;
  - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
  - c) une tentative d'infraction criminelle, une infraction criminelle ou un acte illégal;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un médecin ou dentiste dûment qualifié;
4. Traitement, médicament, fournitures ou service non urgents reçus à l'extérieur du Canada;
5. Frais pour traduire ou remplir des formulaires de demande de règlement ou des rapports d'assurance;

6. Toute forme de cannabis thérapeutique pour le traitement d'un problème de santé, indépendamment du fait qu'elle soit autorisée au moyen d'un document médical ou d'une ordonnance rédigé par un médecin praticien légalement autorisé et obtenue auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada en vertu de toute loi ou de tout règlement fédéral ou provincial concernant l'accès au cannabis à des fins médicales ou sa distribution;
7. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
  - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale;
  - b) Il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût) selon le processus de revue des médicaments de GSC, peu importe si son utilisation a été approuvée par Santé Canada;
  - c) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
  - d) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
  - e) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le programme d'avantages sociaux pour les médicaments sur ordonnance;
  - f) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures (emploi non conforme à l'étiquette);
8. Les services ou fournitures répondant aux critères suivants :
  - a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi;
  - b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement;
  - c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, un organisme équivalent ou une partie autre que GSC, le promoteur de votre régime ou vous-même;
  - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
  - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
  - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
  - g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
  - h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
  - i) Ils sont fournis par le promoteur de votre régime ou un praticien employé par le promoteur de votre régime, dans le cadre d'un régime autre que le régime d'aide aux employés;
  - j) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure, de la croissance naturelle ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ni réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis;
  - k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
  - l) Ils sont fournis pour un traitement visuel ou auditif médical ou chirurgical;
  - m) Il s'agit de procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
  - n) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
  - o) Il s'agit de pompes à insuline et de fournitures connexes (sauf celles couvertes par le régime);

- p) Ils concernent des examens médicaux, des examens audiométriques ou des tests d'évaluation d'appareils auditifs;
- q) Ils concernent des batteries, sauf si ces dernières sont expressément admissibles au titre d'une protection;
- r) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
- s) Ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
- t) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, le Programme des appareils et accessoires fonctionnels ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été soumises correctement et en temps opportun;
- u) Ils ont déjà été fournis ou payés par un organisme gouvernemental, mais ils ont été modifiés, suspendus ou interrompus à la suite de la modification de la loi provinciale sur le régime d'assurance-maladie ou de la radiation de tout service ou produit de ce dernier;
- v) Ils peuvent notamment inclure les médicaments, services de laboratoire, tests de diagnostic ou tout autre service qui est fourni ou administré par une clinique publique ou privée, ou un établissement du même genre, au cabinet d'un médecin ou à son domicile, si le traitement ou le médicament ne répond pas aux normes acceptées ou s'il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
- w) Ils sont fournis par un praticien qui a quitté le régime provincial d'assurance-maladie qui aurait normalement payé pour le service admissible;
- x) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule automobile.  
Remarque : Le paiement de protections pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
  - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
  - ii) L'engagement financier est terminé.Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- y) Ce sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture en question.

## VOYAGES

**Important :** Ce sommaire sur les prestations de voyage comprend les exigences, limites et exclusions qui peuvent avoir une incidence sur l'admissibilité ou le remboursement des frais engagés. Assurez-vous de toujours fournir des renseignements exacts et complets à GSC. Veuillez prendre le temps de lire ce sommaire avant de voyager pour vous assurer d'en connaître les modalités, et de prendre note de ce qui suit :

- À l'exception des « **services d'orientation** », cette protection voyage ne s'applique qu'en cas d'**urgence** médicale et offre une couverture pendant que vous vous trouvez temporairement à l'extérieur de votre province ou de votre territoire de résidence habituel, pour des vacances, des raisons de formation ou d'affaires. Elle ne couvre aucun traitement, aucune intervention chirurgicale, aucune procédure, ni aucun autre service non urgent, esthétique ou expérimental, planifié ou non, que la personne couverte choisit de recevoir à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence.
- GSC se réserve le droit d'examiner vos renseignements médicaux au moment de la demande de règlement. Toutes les procédures invasives ou d'investigation doivent être approuvées au préalable par le service Assistance-voyage de GSC. Si la personne couverte est le patient et qu'il lui est impossible sur le plan médical d'appeler le service Assistance-voyage de GSC avant de recevoir un traitement urgent, il est extrêmement important qu'une personne le fasse en son nom dans les 48 heures. Si le service Assistance-voyage de GSC n'en est pas informé dans les 48 premières heures, le remboursement des frais engagés pourrait se limiter au montant des dépenses engagées dans les 48 premières heures suivant le traitement ou l'incident **ou, s'il est moins élevé**, au montant maximal prévu par le régime. Cela signifie que la personne couverte devra assumer tous les frais par la suite.

**Urgence** désigne un problème de santé soudain et inattendu qui nécessite un traitement. La situation n'est plus jugée urgente lorsque les éléments probants examinés par le service Assistance-voyage de GSC indiquent qu'aucun autre traitement n'est requis à destination ou que vous êtes en mesure de retourner dans votre province ou territoire de résidence pour recevoir d'autres traitements. Si le service Assistance-voyage de GSC détermine que vous devriez être transféré dans un autre établissement ou que vous devriez retourner dans votre province ou territoire de résidence et que vous en décidez autrement, aucune prestation ne sera versée pour d'autres traitements médicaux, et la couverture se limitera aux incidents n'ayant aucun rapport avec les traitements.

Une urgence médicale exclut le traitement d'un **problème de santé préexistant** qui n'était pas complètement **stable** pendant les 90 jours précédant immédiatement le départ de la personne couverte.

**Problème de santé préexistant** désigne tout problème de santé qui existait avant la date de départ de la personne couverte.

**Problème de santé** désigne toute maladie ou blessure (y compris les symptômes d'un problème de santé non diagnostiqué).

Un problème de santé est considéré comme **stable** lorsque tous les énoncés suivants sont exacts pendant la période de 90 jours précédant immédiatement la date de départ de la personne couverte :

- a) Aucun nouveau traitement n'a été prescrit ou recommandé et il n'y a eu aucun changement dans le traitement actuel (y compris l'arrêt du traitement);
- b) Le problème de santé ne s'est pas aggravé;
- c) Aucun symptôme nouveau n'est apparu et les symptômes existants ne se sont pas multipliés ni aggravés;
- d) La personne atteinte n'a pas été hospitalisée ni orientée vers un spécialiste;

- e) Aucun test, aucune évaluation, ni aucun traitement n'ont été recommandés ou n'étaient en cours mais non terminés, et aucun résultat de test n'était en attente;
- f) Il n'y a aucun traitement prévu ou en attente;
- g) Aucun changement n'a été apporté aux médicaments prescrits (y compris une augmentation, une réduction ou un arrêt de la posologie prescrite) et il n'y a eu aucune recommandation ou prise de nouveaux médicaments d'ordonnance. Les éléments qui suivent ne sont pas considérés comme des changements apportés à un traitement existant par des médicaments d'ordonnance.
  - i. Les ajustements de routine à la posologie de Coumadin, de warfarine ou d'insuline, pourvu que ce traitement ne soit pas nouvellement prescrit ou arrêté;
  - ii. Le remplacement d'un médicament de marque par un produit générique équivalent, pourvu que la posologie soit la même (y compris la transition d'un produit biologique à un produit biosimilaire);
  - iii. La réduction de la posologie d'un médicament en raison de l'amélioration d'un problème de santé.

**Toutes les conditions susmentionnées doivent être respectées dans les 90 jours qui précèdent le départ de la personne couverte pour que son problème de santé soit considéré comme stable.**

**Traiter, traité et traitement** désignent toute procédure prescrite, suivie ou recommandée par un médecin pour un problème de santé. Cela comprend, sans s'y limiter, les médicaments d'ordonnance, les tests d'évaluation et les interventions chirurgicales.

- Pour recevoir les prestations applicables, les demandeurs doivent être couverts par leur régime provincial ou territorial d'assurance-maladie respectif, ou l'équivalent, au moment où les frais sont engagés; sans quoi la présente couverture ne s'applique pas.
- Les frais de voyage admissibles seront établis en fonction des frais [raisonnables et habituels](#) à l'endroit où les services ont été reçus, déduction faite du montant payable par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, si votre province ou votre territoire offre une telle couverture
- Tous les montants maximums et limites sont exprimés en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux membres du régime, en fonction du pays du bénéficiaire. Lorsqu'une conversion monétaire est requise, le taux de change applicable est celui qui est en vigueur à la date de prestation des services faisant l'objet de la demande de règlement.
- Les frais admissibles sont limités au maximum de jours par voyage indiqué dans le barème des prestations à compter de la date de départ de votre province ou territoire de résidence. Si vous êtes hospitalisé le dernier jour indiqué dans le barème des prestations, la protection sera prolongée jusqu'à ce que vous obteniez votre congé de l'hôpital.

Les dépenses de voyage admissibles comprennent ce qui suit :

**Services hospitaliers et d'hébergement** selon le tarif standard pour une salle commune dans un hôpital général public.

**Services médicaux ou chirurgicaux** rendus par un médecin ou chirurgien dûment qualifié pour soulager les symptômes ou guérir d'une maladie ou blessure imprévue.

## Transport d'urgence

- **Ambulance terrestre** vers l'établissement médical qualifié le plus près.
- **Ambulance aérienne** – les coûts de l'évacuation aérienne (y compris pour un membre du personnel médical si nécessaire) entre les hôpitaux et pour l'hospitalisation au Canada lorsqu'ils ont été approuvés à l'avance par le régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, ou à l'établissement médical qualifié le plus près.

**Services d'orientation** – a) les services hospitaliers et d'hébergement, jusqu'à concurrence du tarif standard pour une salle commune dans un hôpital général public, ou b) les services médicaux chirurgicaux fournis par un médecin ou chirurgien dûment qualifié.

- **Avant le début du traitement, vous devez obtenir une autorisation préalable par écrit** de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie et de GSC. Votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie peut couvrir ces frais entièrement. Vous devez fournir à GSC une lettre de votre médecin traitant indiquant la raison de la recommandation et une lettre de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie décrivant sa responsabilité. **L'omission d'obtenir une autorisation préalable entraînera le non-paiement.**

**Services d'un infirmier privé** jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année civile, au tarif [raisonnable et habituel](#) pratiqué par un infirmier autorisé (inf. aut.) enregistré à l'endroit où le traitement est donné. Vous devez obtenir une autorisation préalable auprès du service Assistance-voyage de GSC.

**Tests diagnostiques de laboratoire et radiographies** lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant. Sauf en cas d'urgence, le service Assistance-voyage de GSC doit approuver ces services au préalable (p. ex., cathétérisme cardiaque ou angiographie, angioplastie et pontage).

**Remboursement des médicaments sur ordonnance**, à savoir les produits pharmaceutiques, sérums et injectables devant faire l'objet d'une ordonnance de par la loi et qui sont prescrits par un praticien dûment qualifié (sauf les vitamines, médicaments brevetés ou spécialités pharmaceutiques). Envoyez au service Assistance-voyage de GSC le reçu original du paiement auprès de la pharmacie, du médecin ou de l'hôpital hors de votre province ou de votre territoire de résidence, indiquant le nom du médecin prescripteur, le numéro d'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total.

**Appareils médicaux**, y compris les plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles ou la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque cela est jugé médicalement nécessaire et requis en raison d'un accident, et lorsque les appareils sont obtenus à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.

**Traitement par un dentiste**, seulement en cas de nécessité en raison d'un coup direct accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être fournis dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les détails de l'accident doivent être fournis au service Assistance-voyage de GSC, accompagnés des radiographies dentaires.

**Retour à la maison** – lorsque votre maladie ou blessure est telle que des services sont requis d'urgence :

- Le service Assistance-voyage de GSC précise par écrit que vous devez immédiatement retourner dans votre province ou territoire de résidence pour une attention médicale immédiate, et le remboursement ne sera effectué que pour les coûts supplémentaires liés à l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique, ainsi que le retour en classe économique supplémentaire au besoin pour le transport d'une civière, pour vous rendre par la voie la plus directe jusqu'à l'aéroport le plus près du point de départ de votre province ou territoire de résidence.

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

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

**Frais de retour de votre véhicule automobile personnel** à votre domicile ou à l'agence de location la plus près en cas d'impossibilité pour vous de vous en charger pour cause de maladie, blessure corporelle ou décès, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par voyage. Le service Assistance-voyage de GSC exige les reçus originaux des frais engagés, à savoir l'essence, l'hébergement et les billets d'avion.

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

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

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

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

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

## SERVICE ASSISTANCE-VOYAGE DE GSC

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

### Ces services comprennent :

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

### Fonctionnement du service Assistance-voyage

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

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

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

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

Le service Assistance-voyage de GSC suivra vos progrès afin de s'assurer que vous recevez le meilleur traitement médical qui soit. Il reste aussi en communication constante avec votre médecin de famille et votre famille, en fonction de la gravité de votre état.

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

### Limites des protections de voyage

1. La couverture prend effet au moment où vous ou la personne à votre charge traversez la frontière provinciale ou territoriale pour quitter votre province ou territoire de résidence, et se termine lorsque vous franchissez la frontière pour revenir dans votre province ou territoire de résidence. Si vous voyagez par avion, la couverture prend effet au moment où l'aéronef décolle dans la province ou le territoire de résidence, et se termine lorsqu'il atterrit dans la province ou le territoire de résidence.
2. Le service Assistance-voyage de GSC doit être informé de la nécessité d'un traitement **avant** que le [traitement d'urgence](#) soit fourni, afin de pouvoir :
  - confirmer la couverture;
  - autoriser le traitement au préalable.

S'il est impossible sur le plan médical pour la personne couverte d'appeler le service Assistance-voyage de GSC avant de recevoir un traitement d'urgence, le service Assistance-voyage de GSC exige que la personne couverte l'appelle dans les 48 heures qui suivent le début du traitement, ou qu'une autre personne le fasse en son nom.

Si le service Assistance-voyage de GSC n'en est pas informé avant le début du traitement, les prestations se limiteront au montant des dépenses engagées dans les 48 premières heures qui suivent le traitement ou l'incident **ou, s'il est moins élevé**, au montant maximal prévu par le régime. Cela signifie que vous devrez assumer tous les frais par la suite.

3. Une fois le traitement médical d'urgence commencé, le service Assistance-voyage de GSC doit évaluer et autoriser au préalable tout traitement médical supplémentaire. Si vous passez des tests dans le cadre d'une évaluation médicale, d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale, obtenez un traitement ou subissez une intervention chirurgicale sans autorisation préalable, votre demande de règlement sera refusée. Cela comprend les tests invasifs, les interventions chirurgicales, le cathétérisme cardiaque, les autres procédures cardiaques, les transplantations et l'imagerie par résonance magnétique.
4. Le rapatriement est obligatoire si le service Assistance-voyage de GSC détermine que la personne couverte doit être transférée dans un autre établissement ou retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour recevoir un traitement, ou une fois l'urgence terminée. Si vous choisissez de ne pas retourner dans votre province ou territoire de résidence :
  - aucune prestation ne sera versée pour les traitements médicaux subséquents;
  - aucune prestation ne sera versée en cas de récurrence ou de complications directement ou indirectement liées au problème de santé à l'origine de la situation d'urgence;
  - la couverture sera limitée, pour le reste du voyage, aux problèmes de santé qui n'ont aucun lien avec le problème de santé qui a causé la situation d'urgence.

5. Les services d'ambulance aérienne ne seront admissibles que dans les cas suivants :
  - Le service Assistance-voyage de GSC les a approuvés au préalable;
  - Il existe un besoin médical pour vous ou votre personne à charge de voyager en civière ou en compagnie d'un membre du personnel médical;
  - Vous ou votre personne à charge êtes admis directement à un hôpital dans votre province ou territoire de résidence;
  - Les rapports ou certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont remis au service Assistance-voyage de GSC;
  - La preuve de paiement (y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est transmise au service Assistance-voyage de GSC.
6. Si vous prévoyez voyager dans des zones de troubles politiques ou civils, ou dans des zones pour lesquelles le gouvernement du Canada a émis un avertissement officiel en ce qui concerne les voyages non essentiels, communiquez avec le service Assistance-voyage de GSC pour obtenir des conseils avant de partir, car nous pourrions être incapables de garantir des services d'assistance.
7. Le service Assistance-voyage de GSC se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, de restreindre ou de limiter ses services dans n'importe quelle région où l'un des événements suivants se produit :
  - troubles politiques ou civils, rébellion, émeute ou soulèvement militaire;
  - conflit de travail ou grève;
  - catastrophe naturelle;
  - refus des autorités d'un pays étranger de permettre à GSC d'offrir ses services.

Cela comprend le voyage n'importe où si, au moment de la réservation du voyage (y compris un retard du voyage) ou avant la date de votre départ, le gouvernement du Canada a émis un avertissement de voyage officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un pays, une région, une ville ou tout endroit visé par votre voyage (p. ex., bateau de croisière) en raison d'une épidémie ou d'une pandémie potentielle ou réelle.

Dans le cadre de ces limites, le voyage non essentiel signifie toute situation autre qu'une urgence médicale ou familiale significative, comme le décès d'un membre de la famille.

## **Exclusions des protections de voyage**

En plus des exclusions des prestations de soins de santé, les éléments suivants des demandes de règlement au titre de la protection voyage ne seront pas admissibles à un remboursement :

1. Frais engagés pour un traitement lié directement ou indirectement à un problème de santé préexistant qui, au moment de votre départ de votre province ou territoire de résidence et pendant les 90 jours qui ont précédé immédiatement votre départ de votre province ou territoire de résidence :
  - a) n'était pas complètement stable de l'avis du service Assistance-voyage de GSC;
  - b) était susceptible de nécessiter, compte tenu des preuves médicales, un traitement ou une hospitalisation durant le voyage;
  - c) faisait l'objet d'un avis médical conseillant à la personne couverte de ne pas voyager.

Le service Assistance-voyage de GSC se réserve le droit d'examiner les renseignements médicaux de la personne couverte au moment de la demande de règlement. L'avis d'un médecin indiquant que la personne couverte était apte à voyager n'annule pas l'exigence selon laquelle la personne couverte doit répondre aux conditions de [stabilité](#) du problème de santé.

2. Frais soumis si la personne couverte ou toute personne agissant en son nom tente de tromper le service Assistance-voyage de GSC ou soumet une déclaration ou une demande de règlement frauduleuse, fausse ou exagérée.

3. Frais engagés pour des services reçus qui :
  - a) n'étaient pas nécessaires pour obtenir un traitement d'[urgence](#);
  - b) n'étaient pas recommandés par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié;
  - c) ne sont pas couverts par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie;
  - d) sont normalement couverts au titre de la protection hors du Canada de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (le cas échéant), lorsque le régime provincial ou territorial a refusé le paiement.
  
4. Frais engagés pour des services reçus après que le service Assistance-voyage de GSC a déterminé ce qui suit :
  - a) La personne couverte doit retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour recevoir un traitement, mais celle-ci choisit de ne pas retourner dans sa province ou son territoire de résidence;
  - b) Les services pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à ce que la personne couverte retourne dans sa province ou son territoire de résidence;
  - c) La situation n'est plus urgente;
  - d) Les services sont reçus en raison d'une récurrence ou d'une complication liée directement ou indirectement à une situation d'urgence qui correspond à l'énoncé 3. a), b) ou c) ci-dessus selon le service Assistance-voyage de GSC.
  
5. Frais engagés pour des services visant à traiter un problème de santé ou des complications d'un problème de santé liés directement ou indirectement à une épidémie ou à une pandémie si, au moment de la réservation du voyage ou avant la date de départ :
  - Le gouvernement du Canada a émis un avertissement de voyage officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un pays, une région, une ville ou tout endroit visé par votre voyage (p. ex., bateau de croisière).
  - Pour prendre connaissance des avertissements de voyage, visitez le site du gouvernement du Canada.
  
6. Frais engagés pour des services visant à traiter :
  - a) un problème de santé, y compris les symptômes d'arrêt de consommation, découlant de la consommation chronique d'alcool, de médicaments ou de substances intoxicantes avant ou pendant le voyage, ou qui y est lié d'une quelconque façon;
  - b) un problème de santé survenu pendant le voyage découlant, ou qui y est lié d'une quelconque façon, de la consommation abusive d'alcool (entraînant un taux d'alcoolémie de plus de 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang), de médicaments ou d'autres substances intoxicantes;
  - c) un problème de santé découlant du non-respect du traitement prescrit, notamment des médicaments prescrits ou en vente libre.
  
7. Frais engagés relatifs à la grossesse, à l'accouchement ou aux complications en découlant, survenus dans les huit semaines qui ont précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.
  
8. Les frais engagés pour un enfant né pendant le voyage dans les huit semaines qui ont précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.
  
9. Frais engagés pendant un voyage effectué aux fins de recevoir un diagnostic, un traitement, une opération chirurgicale, des soins palliatifs ou tout traitement alternatif, et tous les frais liés directement ou indirectement à des complications qui découlent d'un tel traitement.

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

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les frais indiqués ci-dessous seront admissibles à l'option de couverture que vous avez sélectionnée s'ils sont basés sur les [frais raisonnables et habituels](#) d'un dentiste autorisé à exercer sa profession, conformément au [guide des tarifs](#) et au maximum indiqué dans le Sommaire des prestations.

### Soins de base

Services de diagnostic et de prévention de base :

- Examens buccaux complets, une fois tous les 2 ans
- Examens buccaux d'urgence et spécifiques
- Radiographies complètes ou une radiographie panoramique, une fois tous les 2 ans
- Radiographies interproximales, une fois tous les 6 mois
- Examens de rappel, une fois tous les 6 mois
- Nettoyage dentaire (jusqu'à concurrence de 1 unité de polissage plus 1 unité de détartrage, combinées au détartrage parodontal ou au surfaçage radiculaire), une fois par période de rappel
- Application topique de fluorure, une fois par période de rappel
- Nettoyage des prothèses dentaires, une fois par période de rappel
- Résines pour scellement des puits et fissures des molaires seulement, pour les personnes couvertes de moins de 14 ans
- Mainteneurs d'espace

Services de restauration de base :

- Amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires
- Restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent

Chirurgie buccale mineure :

- Extractions de dents ou de racines résiduelles

Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en concomitance avec la chirurgie buccale admissible seulement

## Soins de base étendus

Services de prothèses standard :

- Réparation de prothèses dentaires ou ajout de dents
- Regarnissage et rebasage standard de prothèses dentaires une fois tous les 3 ans, au plus tôt 6 mois après la mise en place d'une prothèse
- Ajustements de prothèses dentaires et procédures de remontage et d'équilibrage, au plus tôt 3 mois après la mise en place d'une prothèse
- Garnitures de conditionnement des tissus mous sur les gencives pour favoriser la guérison
- Reconstitution d'une prothèse partielle en utilisant le cadre existant, une fois tous les 5 ans

Chirurgie buccale complète :

- Exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents
- Rénovation et remodelage – façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive
- Excision – ablation de kystes et de tumeurs
- Incision – drainage ou exploration de tissus mous ou durs
- Fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacérations des tissus mous
- Malformations maxillofaciales – frénectomie – chirurgie sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche

Traitement endodontique :

- Traitement de canal
- Pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
- Pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
- Apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
- Curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
- Amputation et hémisection radiculaire
- Blanchiment des dents non vitales
- Procédures d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent

Traitement périodontique :

- Traitement de l'os et des gencives malades
- Détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, 8 unités de temps (le tout combiné au détartrage préventif) par période de 12 mois
- Équilibrage de l'occlusion – meulage sélectif des surfaces dentaires pour ajuster l'occlusion, 2 unités de temps par période de 12 mois

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

- Appareil contre le bruxisme, maximum de 1 par période de 12 mois

## Soins majeurs

- Restaurations standard de couronnes et d'incrustations pour réparer des dents naturelles malades ou endommagées de façon accidentelle, une fois tous les 5 ans
- Ponts standard, y compris les pontiques, points d'appui et couronnes piliers sur des dents naturelles, une fois tous les 5 ans
- Prothèses dentaires ordinaires, prothèses complètes, immédiates, de transition et partielles, une fois tous les 5 ans
- Réparation ordinaire ou recollage de couronnes, d'incrustations et de ponts sur des dents naturelles

## Soins orthodontiques

Remboursement des traitements d'orthodontie en personne pour redresser les dents ou corriger l'occlusion. Ce régime ne couvre pas l'orthodontie virtuelle ou la télé-orthodontie.

Les reçus doivent parvenir à GSC au plus tard 12 mois après la date de la prestation du service, pendant que le traitement est en cours et non à la fin du traitement.

Si les soins orthodontiques sont abandonnés pour quelque raison que ce soit avant leur achèvement, l'obligation de verser des prestations cesse à la date d'abandon des soins. Si ces soins sont repris ultérieurement, le versement de prestations recommencera pour les soins restants. Les prestations pour soins orthodontiques ne sont versées que durant les mois au cours desquels les soins sont couverts.

## Clause de traitement équivalent

Le programme d'avantages sociaux remboursera le montant indiqué dans le [guide des tarifs](#) pour les services ou les produits les moins chers, à condition qu'au moins deux séries de traitement reconnues par la profession médicale soient couvertes au titre du régime. La personne couverte peut choisir un traitement plus cher; toutefois, le remboursement sera limité au coût du traitement équivalent le moins cher.

## Prédétermination

Avant le début de vos traitements :

- Pour tout traitement proposé pour des couronnes, incrustations ou ponts, vous **devez** présenter une évaluation des frais préparée par votre dentiste aux fins d'analyse. Par suite de notre analyse, il est possible que nous décidions de ne couvrir qu'un montant inférieur au coût évalué ou de refuser la couverture des soins. Si vous ne présentez pas une évaluation des frais avant le début des traitements, l'analyse de leur admissibilité sera retardée.
- Si le coût total de tout traitement proposé dépasse 500 \$ nous vous recommandons de soumettre une évaluation des frais dûment remplie par votre dentiste.

## Limites

1. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services et sont limités à la quote-part de ces services. Les services de laboratoire qui dépassent 40 % des honoraires du dentiste dans le guide des tarifs applicable figurant dans le Sommaire des prestations seront réduits en conséquence; la quote-part s'applique alors.
2. Le remboursement sera effectué selon les services, fournitures ou traitements de base ou standard. Les dépenses connexes au-delà des services, fournitures ou traitements de base ou standard resteront à votre charge.
3. Le remboursement sera calculé au prorata et réduit en conséquence, lorsque le temps passé par le dentiste est inférieur au temps moyen attribué à un code de procédure de soins dentaires dans le guide des tarifs applicable du Sommaire des protections.
4. Le remboursement des frais de traitement de canal sera limité à un seul paiement par dent. Les frais supplémentaires exigés pour un accès difficile, une anatomie exceptionnelle, des canaux calcifiés et des reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais pour canal radiculaire comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
5. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérées comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.
6. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples opérations parodontales, sont exécutées lors d'un même rendez-vous dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur de réduction pour services multiples.
7. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des services de périodontie multiples sont effectués au cours du même rendez-vous et que le plein tarif selon le guide est facturé pour chaque obturation ou service de périodontie; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
8. Les reconstitutions de dents associées à des traitements pour des couronnes ne sont admissibles qu'à des fins de maintien et de préservation des dents. La nécessité de la reconstitution doit être évidente sur les radiographies montées prises avant les traitements. Les reconstitutions de dents pour faciliter la prise d'empreintes ou bloquer des zones de contre-dépouille sont considérées comme comprises dans le coût d'une couronne.
9. Le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps que le curetage gingival.
10. Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être soumises au titre du régime de soins de santé avant d'être soumises au titre du régime de soins dentaires.

## Exclusions des protections de soins dentaires

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

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

f) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures ([emploi non conforme à l'étiquette](#));

15. Les services ou fournitures répondant aux critères suivants :

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

## COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)

Votre CFSS est assujéti aux règles et aux règlements de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. En cas de divergence, la *Loi de l'impôt sur le revenu* prévaut. La responsabilité du CFSS incombe uniquement au promoteur de votre régime.

Votre CFSS est offert par le promoteur de votre régime et est administré par GSC.

Votre CFSS est un compte de frais provisionné par le promoteur de votre régime que vous pouvez utiliser pour régler des frais de soins médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par votre programme d'avantages sociaux ni par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Au début de chaque année de régime, un montant forfaitaire prédéterminé, tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des protections, sera porté à votre compte pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées au cours de cette année de régime. Lorsque vous soumettrez une demande de règlement, vous serez remboursé pour le montant des dépenses admissibles jusqu'à concurrence du solde de votre compte.

Tout solde de votre compte au dernier jour de l'année de régime sera perdu à la fin de l'année de régime pendant laquelle il a été alloué.

### DÉPENSES ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles comprennent notamment les dépenses admissibles en tant que crédits d'impôt pour frais médicaux conformément aux lignes directrices en matière d'impôt sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Elles comprennent également le montant de la franchise et le pourcentage non couvert par le programme d'avantages sociaux ou le montant qui excède les maximums prévus par le programme d'avantages sociaux.

Pour consulter la liste des frais médicaux admissibles, visitez notre site Web à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) ou, pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à un bureau de l'ARC ou visitez le site Web de l'ARC.

### Exclusions

Les dépenses non admissibles à un remboursement sont assujétiées aux restrictions et limites applicables aux frais non admissibles que prévoit la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. En voici des exemples :

- a) Primes versées à un régime provincial d'assurance-maladie ou hospitalisation;
- b) Frais médicaux pour lesquels vous ou la personne à votre charge êtes remboursés ou êtes admissibles à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance-maladie, de votre programme d'avantages sociaux ou du programme d'avantages sociaux de votre conjoint.

### Congé de maternité, congé d'adoption et congé parental

Si vous décidez de continuer à cotiser à votre régime collectif, vous pouvez soumettre des demandes de règlement pour des dépenses engagées avant et pendant votre congé.

## COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP)

Votre CDP est offert par le promoteur de votre régime et est administré par GSC. Le promoteur de votre régime se réserve le droit d'annuler ou de modifier les dispositions du CDP de sorte que le programme réponde à l'objectif souhaité, qui est de favoriser la santé et le bien-être des membres du régime.

Votre CDP consiste en un compte de dépenses provisionné par le promoteur de votre régime. Ce compte peut servir à régler une variété de frais engagés pour votre bien-être personnel non couverts par votre programme d'avantages sociaux ou votre régime provincial d'assurance-maladie. Les dépenses faisant l'objet d'une demande de règlement sont assujetties à l'impôt sur le revenu selon les directives de l'Agence du revenu du Canada.

Au début de chaque année de régime, un montant forfaitaire prédéterminé, tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des protections, sera porté à votre compte pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées au cours de cette année de régime. 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 de votre compte au dernier jour de l'année de régime sera perdu à la fin de l'année de régime pendant laquelle il a été alloué.

### DÉPENSES ADMISSIBLES

Les éléments suivants sont couverts au titre du compte de dépenses personnelles. Ces éléments constituent une protection imposable. Par conséquent, toutes les dépenses soumises en vue d'un paiement figureront sur le feuillet T4A qui vous sera remis par le promoteur de votre régime.

#### **Coordination avec les protections traditionnelles**

- Médicaments
- Frais d'hébergement (hôpital, SLD, soins de relève)
- Services paramédicaux
- Fournitures et services médicaux
- Soins de la vue
- Soins dentaires

#### **Frais liés aux sports et au conditionnement physique**

- Programme récréatif, cours, inscription d'équipe
- Entraînement personnel, consultation
- Cotisations annuelles, club, villégiature, parc
- Inscription ou droits pour activités récréatives, participation à une épreuve individuelle
- Cotisations annuelles à un gymnase, un centre de conditionnement physique, une piscine

#### **Équipement de conditionnement physique**

- Équipement de conditionnement physique
- Matériel de sport
- Vélo (manuel)
- Moniteur de fréquence cardiaque
- Accessoires et tenue de sport pour athlétisme
- Wii Fit ou Xbox Kinect, PlayStation Fitness (système de divertissement non compris)
- Matériel de pêche

**Soins familiaux**

Garde d'enfants

Soins aux personnes âgées

Produits et services d'aide à domicile (lève-personnes et aides techniques)

Programmes et services de soutien aux aidants naturels

**Études et perfectionnement personnel**

Passe-temps et cours d'intérêt général

Droits de scolarité et livres

Formation, cours, tutorat, cours de langue, secourisme, RCP

Désignation professionnelle et droits d'adhésion ou cotisations

Ordinateur personnel et accessoires

Matériel et instruments de musique

**Services de mieux-être**

Programmes de désaccoutumance au tabac

Équipement de sécurité

Évaluations de l'état de santé

Programmes de perte de poids, conseils (à l'exception des aliments)

Conseils nutritionnels

Vitamines, suppléments, produits naturels

Services de maternité (cours prénatals et services de sages-femmes)

Programmes de gestion du stress

Examens médicaux

Praticiens de médecines parallèles (réflexologue, iridologue, herboriste, homéopathe, praticien de médecine chinoise, thérapeute en shiatsu, acupuncteur)

Services de santé holistiques

**Services professionnels non liés à la santé**

Services juridiques

Services financiers

**Primes d'assurance**

Régime individuel de soins de santé et dentaires

Régime individuel d'assurance-vie et d'assurance invalidité

Régime individuel d'assurance voyage

Régime individuel d'assurance maladies graves

## RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

### Demandes de renseignements

Pour obtenir des renseignements détaillés, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre programme ou avec nous :

- ◆ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour déterminer l'admissibilité d'un article ou d'un service en particulier et les conditions d'autorisation préalable de GSC, ou
- ◆ Visitez notre site Web à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) pour transmettre votre question par courriel.

### Soumission des demandes de règlement

Les formulaires de demande de règlement, y compris les formulaires d'autorisation préalable et toutes les précisions utiles sur la soumission d'une demande de règlement, se trouvent à [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

Veuillez noter qu'en plus d'un formulaire de demande de règlement dûment rempli, vous devez soumettre l'original du reçu détaillé attestant le paiement des frais (**les reçus de caisse ou de carte de crédit seuls ne sont pas acceptés**).

GSC se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires sur les demandes de règlement; le défaut de répondre à de telles exigences pourrait entraîner le refus de la demande de règlement.

L'omission, la déclaration inexacte ou la falsification délibérée de tout renseignement concernant une demande de règlement constituent une fraude. La soumission d'une demande de règlement frauduleuse constitue un acte criminel et sera signalée aux autorités de police ou aux organismes de réglementation compétents et au promoteur de votre régime. Elle pourrait entraîner la résiliation de la couverture dans le cadre du présent régime de protections.

Votre CFSS ne prévoit pas la coordination automatique avec vos prestations de soins de santé et dentaires. Vous pouvez activer cette fonctionnalité par l'entremise de *GSC partout* (le Centre de service à la clientèle de GSC n'est pas en mesure de veiller à la configuration de cette fonction).

### Coordination automatique avec le CFSS

Une fois que vous aurez accédé *GSC partout* des membres du régime et que vous aurez configuré la coordination automatique avec le CFSS, vos demandes de règlement portant sur des frais pour soins de santé et dentaires seront automatiquement coordonnées avec votre CFSS. Vous devez payer au fournisseur de services la partie de la demande de règlement qui est imputable au CFSS, et vous serez automatiquement remboursé à même votre CFSS sans avoir à soumettre une demande de règlement sur papier. La demande de règlement **ne sera pas** redirigée vers un régime secondaire (coordination des protections – CDP) avant d'être prise en charge par le CFSS.

### Coordination manuelle avec le CFSS

Si vous choisissez de **ne pas** coordonner automatiquement vos demandes de règlement pour soins de santé et dentaires avec votre CFSS, vous devez payer au fournisseur de services la partie de la demande de règlement imputable au CFSS, puis remplir le formulaire de demande de règlement du CFSS, en prenant soin d'y joindre une preuve de paiement. Vous pouvez indiquer sur la demande de règlement si vous souhaitez que vos dépenses admissibles soient payées au titre du régime de soins de santé ou dentaires de GSC en premier et que toute partie non payée de vos dépenses admissibles soit ensuite imputée à votre CFSS.

Pour le CDP, envoyez un formulaire de demande de règlement du CDP à GSC afin que vos dépenses admissibles soient payées à même votre CDP.

Toutes les demandes de règlement relatives aux soins de santé, aux soins dentaires et aux voyages doivent parvenir à GSC au plus tard 12 mois à compter de la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés.

Toutes les demandes de règlement imputées au CFSS doivent être reçues par GSC au plus tard 30 jours après la fin de l'année de régime ou 365 jours après la date de cessation d'emploi, de départ à la retraite, de décès ou de congé autorisé de plus de 30 jours (à l'exception du congé de maternité, d'adoption ou parental).

Toutes les demandes de règlement au titre du CDP doivent parvenir à GSC au plus tard 30 jours après la fin de l'année de régime ou au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés après la date de cessation d'emploi.

## Remboursement

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

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

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

## Paiements excédentaires

GSC se réserve le droit de recouvrer tous les paiements excédentaires ou non justifiés de protections, en les déduisant des futures demandes de règlement ou en ayant recours à tout autre moyen légal.

## Prescription des actions en justice

En Ontario, toute action ou procédure intentée contre GSC en vue d'obtenir des prestations au titre du présent régime est strictement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

En Colombie-Britannique, en Alberta et au Manitoba, toute action ou procédure intentée contre GSC en vue d'obtenir des prestations au titre du présent régime est strictement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par la loi sur les assurances de la province.

## Voyage en cas d'urgence

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

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

Si vous avez déboursé de l'argent de votre poche, veuillez indiquer à Assistance-voyage de GSC la protection voyage dont vous bénéficiez au moment de soumettre des demandes de règlement. Les demandes de règlement doivent être accompagnées des reçus originaux et soumises au service Assistance-voyage de GSC; par la suite, ce service coordonne le remboursement des dépenses admissibles approuvées, quelle que soit leur source (p. ex., régimes provinciaux qui offrent une couverture hors du Canada, régime de votre conjoint, protection voyage fournie par l'entremise de votre carte de crédit, etc.).

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

**Subrogation**

GSC se réserve le droit de subrogation des prestations. Cela signifie que si GSC a versé des prestations en votre nom ou au nom de votre personne à charge, mais que ces prestations auraient dû être payées ou sont payées subséquemment, en tout ou en partie, au titre d'une assurance responsabilité civile ou d'une autre protection, GSC a le droit de recouvrer le paiement ou le remboursement. Dans les cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

**Coordination des prestations (CDP)**

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

Les demandes de règlement doivent d'abord être soumises au payeur principal. Les soldes impayés devraient ensuite être soumis aux régimes secondaires. Utilisez les directives suivantes pour identifier les régimes primaires et secondaires :

**Membre du régime de GSC**

La couverture de GSC est toujours primaire dans votre cas. Si vous êtes le membre du régime au titre de deux régimes collectifs, la priorité est donnée dans l'ordre suivant :

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

**Conjoint**

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

**Enfants**

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

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

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

**Prestations de voyage**

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

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

### **Accès à l'information**

Si vous êtes résident d'une province où la loi vous autorise à demander une copie de vos dossiers, GSC vous fournira gratuitement une copie des documents suivants :

- a) Tout formulaire d'adhésion à la couverture offerte au titre du présent régime que vous avez rempli et soumis à GSC;
- b) Toute déclaration écrite ou tout autre document concernant votre état de santé que vous avez soumis à GSC dans le cadre de votre demande de couverture au titre du présent régime;
- c) Une copie du contrat collectif.

GSC pourrait exiger des frais pour fournir des copies supplémentaires.

## SERVICES SUPPLÉMENTAIRES

(En vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2022)

### Maple

Vous et vos personnes à charge admissibles avez accès à des soins virtuels avec Maple, qui vous met en contact avec un médecin autorisé à pratiquer au Canada, et ce, en quelques minutes. Maple offre un accès immédiat à des médecins à partir d'un téléphone, d'une tablette ou d'un ordinateur. Vous pouvez en profiter avec votre régime de garanties, et ce, gratuitement. Accédez à Maple à l'adresse [getmaple.ca/greenshield](https://getmaple.ca/greenshield).