

BENEFIT PLAN

AOSAE – Initiative des avantages sociaux pour les jeunes quittant la prise en charge

Classification : Tous les membres du régime

Divisions : 100 et 200

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





Êtes-vous aux prises avec un problème de relations interpersonnelles? Êtes-vous affecté par le stress des études ou personnel? Désirez-vous mieux vous entendre avec un membre de la famille ou un ami? Vous sentez-vous anxieux ou déprimé? Votre **programme de counseling et de soutien à l'autonomie** est un service confidentiel de soutien pouvant vous aider à résoudre un large éventail de problèmes et de difficultés de la vie. De plus, il est gratuit.

Communiquez avec nous en tout temps, par téléphone ou en ligne, pour obtenir l'aide immédiate de professionnels attentionnés qui vous aideront à choisir l'option de soutien convenant le mieux à vos besoins et à votre style d'apprentissage. S'il s'agit d'une situation de crise ou si vous avez un besoin urgent de conseils, vous pouvez parler immédiatement à un conseiller. Vous et les enfants à votre charge êtes admissibles aux services.

Quels sont les services inclus dans ce programme?

- Le **counseling de courte durée** vous aide lorsque vous êtes aux prises avec des problèmes personnels ou émotionnels. Le counseling est offert selon plusieurs modes de prestation de service parmi lesquels vous choisissez celui qui vous convient le mieux : le counseling en personne, le counseling par téléphone, le cybercounseling, le service Premier contact (consultation immédiate par clavardage avec un conseiller), le counseling par vidéoconférence ou les trousseaux de ressources en santé et mieux-être en apprentissage autonome.
- Les **services de soutien en nutrition** vous permettent de consulter une diététiste qui vous aidera à planifier des repas sains à petit prix, à gérer votre poids, et plus.
- L'**encadrement de la santé** vous met en contact avec un infirmier qui vous offrira des renseignements, des conseils, du soutien et de l'encadrement pour vous aider à être en santé et à le demeurer.
- Les **services de naturopathie** offrent des consultations auprès d'un naturopathe pour toute question en matière de physiologie, de régime alimentaire, de mode vie, de mieux-être, y compris les stratégies de prévention des maladies.
- Les **services de soutien financier** vous permettent de poser des questions à un professionnel en finance à propos de l'élaboration d'un budget, de la demande et du remboursement d'un prêt étudiant, de la gestion des dettes, et plus.
- Le **counseling spécialisé et les programmes en ligne** vous aident à explorer les programmes d'études et vos options, la recherche d'emploi et les techniques d'entrevue, à gérer votre stress, à cesser de fumer, à raviver votre relation de couple, à surmonter une séparation ou un divorce et à effectuer une planification financière.
- Les **services de soutien juridique** permettent d'obtenir une demi-heure de consultation auprès d'un avocat qui répondra à vos questions touchant les propriétaires et les locataires, le droit de la famille, la protection du consommateur, le droit civil, et plus. (REMARQUE : L'emploi, l'immigration et les problèmes fiscaux sont exclus.)
- Les **services de soutien à la famille** offrent des ressources à l'intention des parents, notamment des livres gratuits, des jouets, et une orientation vers des services aux enfants et aux aînés.
- Les **services d'orientation vers des ressources vitales** : les refuges, les services de logement, les centres d'emploi, et plus.

Shepell est simple d'accès et disponible en tout temps

- Communiquez sans frais avec le centre d'accès aux services de Shepell. Composez le **1 877 857-3402**.
- Utilisez l'Accueil en ligne ou créez votre compte et accédez au cybercounseling dans le site travailsantévie.com, ou au moyen de l'application Mon PAE.
- Utilisez Premier contact : clavardez avec un conseiller dans le site travailsantévie.com.



Free download of **My EAP** app. Now available worldwide! Visit shepellfgi.com/myeap or scan QR code now.

Follow Shepell-fgi on [twitter](#) and [LinkedIn](#).

© 2012 Shepell-fgi



Ce programme reflète notre engagement constant à favoriser votre mieux-être et à protéger vos renseignements personnels. **Composez le 1 877 857-3402 ou visitez le site travailsantévie.com**, ouvrez une session en utilisant le nom l'Initiative des avantages sociaux pour les jeunes quittant la prise en charge (IAS) et accédez aux services et ressources qui vous sont offerts.



Free download of **My EAP** app. Now available worldwide! Visit shepellfgi.com/myeap or scan QR code now.

Follow Shepell-fgi on [twitter](#) and [LinkedIn](#).

© 2012 Shepell-fgi

BIENVENUE À VOTRE RÉGIME DE PRESTATIONS

À PROPOS DE CE LIVRET

Ce livret contient des renseignements importants concernant votre régime de prestations collectif, qui vous est offert par **AOSAE – Initiative des avantages sociaux pour les jeunes quittant la prise en charge**, promoteur du régime, en vertu du contrat collectif souscrit auprès de Green Shield Canada (GSC). Il comprend :

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

Nous vous encourageons à lire attentivement ce livret et à le conserver en lieu sûr afin de pouvoir le consulter en tout temps.

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

SERVICES EN LIGNE DES MEMBRES DU RÉGIME

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

- visualiser votre livret du régime de prestations;
- accéder à des renseignements personnels sur vos demandes de règlement, y compris les étapes du traitement de vos demandes de règlement;
- simuler une demande de règlement pour savoir immédiatement ce qui sera couvert;
- rechercher un médicament afin d'obtenir des renseignements se rapportant à votre propre couverture ou à celle de votre famille;
- rechercher des fournisseurs admissibles de soins dentaires, de soins paramédicaux et de soins de la vue dans une région donnée (au Canada);
- rechercher des fournisseurs de soins de la vue et auditifs qui offrent des rabais aux membres du régime de GSC par l'intermédiaire de notre réseau de fournisseurs privilégiés;
- Imprimer des cartes d'identification de remplacement;
- imprimer des relevés personnels d'Explication des prestations.

Inscrivez-vous en ligne à [greenshield.ca](https://www.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 de confidentialité de notre groupe, des membres du régime et des personnes à leur charge ainsi que de nos employés, d'une part, et le besoin légitime d'information nécessaire au service à la clientèle, d'autre part.

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

TABLE DES MATIÈRES

BARÈME DES PRESTATIONS	1
DÉFINITIONS	4
ADMISSIBILITÉ	6
Pour vous	6
Pour votre enfant à charge	6
Date d'entrée en vigueur.....	6
Résiliation	6
Vous perdez votre régime de prestations collectif?	6
DESCRIPTION DES PRESTATIONS	8
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ	8
Médicaments sur ordonnance.....	8
Soins de santé complémentaires	9
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES	14
Soins de base.....	14
Soins de base étendus	14
Soins majeurs.....	15
RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	19

BARÈME DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

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

Ce régime de prestations collectif s'ajoute à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les frais indiqués ci-dessous seront admissibles s'ils sont raisonnables et habituels, et qu'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure.

Franchise : Aucune	Maximum global : Illimité
---------------------------	----------------------------------

Votre quote-part : Aucune

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Médicaments sur ordonnance – Carte de paiement direct des médicaments	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de désaccoutumance au tabac 	Une série de traitements au cours de toute période de 12 mois
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les autres médicaments couverts 	Jusqu'à concurrence du maximum global
Soins auditifs	Frais raisonnables et habituels
Articles et services médicaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Chaussures 	Frais raisonnables et habituels
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bottes ou chaussures sur mesure 	Frais raisonnables et habituels
<ul style="list-style-type: none"> ▪ orthèses plantaires sur mesure 	700 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Examens optométriques 	100 \$ par période de 24 mois, en fonction de la date de la première demande de règlement payée
<ul style="list-style-type: none"> • Autres articles et produits – Voir la section Description des prestations pour plus de détails 	Frais raisonnables et habituels
Transport d'urgence	Frais raisonnables et habituels

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Services professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> Chiropraticien 	100 \$ pour la première visite, 50 \$ pour chaque visite subséquente, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Podologue ou podiatre 	90 \$ pour la première visite, 60 \$ pour chaque visite subséquente, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Massothérapeute autorisé 	95 \$ de l'heure, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Naturopathe 	195 \$ pour la première visite, 110 \$ pour chaque visite subséquente, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Ostéopathe 	115 \$ pour la première visite, 100 \$ pour chaque visite subséquente, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Physiothérapeute 	90 \$ pour la première visite, 75 \$ pour chaque visite subséquente, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Psychologue 	200 \$ pour la première visite, 88 \$ pour chaque visite subséquente, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile (y compris les services d'un conseiller avec maîtrise en service social)
<ul style="list-style-type: none"> Conseiller avec maîtrise en service social 	100 \$ de l'heure, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile (y compris les services d'un psychologue)
<ul style="list-style-type: none"> Psychologue 	88 \$ de l'heure, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Orthophoniste 	155 \$ de l'heure, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile
Soins dentaires consécutifs à un accident	Frais raisonnables et habituels
Soins de la vue	
<ul style="list-style-type: none"> Montures pour lunettes d'ordonnance 	175 \$ par période de 24 mois, en fonction de la date de la première demande de règlement payée
<ul style="list-style-type: none"> Verres pour lunettes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical 	750 \$ par période de 24 mois, en fonction de la date de la première demande de règlement payée

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

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

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

Franchise : Aucune	Maximum global : Illimité
---------------------------	----------------------------------

Votre quote-part : Aucune

Guide des tarifs	<p>Le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire de l'Ontario pour les spécialistes ou les praticiens généralistes.</p> <p>Pour les hygiénistes dentaires indépendants, le guide des tarifs en vigueur de l'association des hygiénistes dentaires de l'Ontario.</p>
-------------------------	--

Couverture de votre régime
Soins de base, soins de base étendus et soins majeurs.

DÉFINITIONS

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

Montant permis désigne, selon GSC :

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

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

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

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

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

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

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

Enfant à charge désigne :

- a) votre enfant (enfant biologique ou adopté) qui réside avec vous dans une relation parent-enfant ou est à votre charge;
- b) votre enfant non marié qui est devenu totalement invalide et l'est de façon permanente depuis et qui est considéré comme une personne à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

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

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

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

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

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

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.

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

ADMISSIBILITÉ

Pour vous

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

- a) être résident du Canada;
- b) être couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie;
- c) être :
 - i) un jeune des SAE âgé de 21 à 25 ans; ou
 - ii) un jeune des SAE adopté le ou après le 1^{er} juin 2016 et âgé de 18 à 25 ans;
- d) ne pas être admissible à la couverture de tout autre régime de soins de santé (c.-à-d. le régime d'un employeur, d'un conjoint ou celui d'une université/d'un collègue).

Pour votre enfant à charge

Pour être admissibles à la couverture, votre enfant à charge doit :

- a) être inscrit à ce régime; et
- b) être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie.

Date d'entrée en vigueur

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

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

Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) Date à laquelle vous atteignez 25 ans, ou après 4 années consécutives d'inscription au régime;
- b) Fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- c) Date à laquelle le contrat collectif prend fin.

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

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

Tous les critères d'admissibilité se trouvent à www.oacas.org/abi.

Vous perdez votre régime de prestations collectif?

Si votre couverture au titre du régime de prestations du promoteur de votre régime prend fin, vous pouvez faire une demande pour 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 prestations du régime collectif 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^{MC} LIEN – Achetez directement de GSC

Visitez Santeassuree.ca pour obtenir plus de renseignements sur les régimes SantéAssurée^{MC} 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 au 1 844 833-7873 – nous pourrions répondre à toute question que vous pourriez avoir et prendre votre demande d'adhésion par téléphone.

PRISM CONTINUUM^{MD} – Achetez d'un conseiller

L'équipe de Special Benefits Insurance Services (SBIS) est là pour vous renseigner. Composez le 416 601-0429 ou le 1 800 667-0429 pour parler avec un spécialiste au sujet du programme Prism Continuum. Il pourra examiner les différentes options qui s'offrent à vous et vous donner des conseils sur la couverture qui répond le mieux à vos besoins.

^{MC} Marque de commerce de Green Shield Canada.

^{MD} Marque déposée de Special Benefits Insurance Services.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

Médicaments sur ordonnance

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

- 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) avoir un numéro de produit naturel (NPN) pour les produits de substitution de la nicotine (timbres, gomme, pastilles et inhalateurs) ainsi que certains produits de santé naturels; et
- d) être réglés par paiement direct.

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 l'insuline et tous les autres produits injectables approuvés, ainsi que les fournitures connexes (seringues et aiguilles pour diabétiques, agents réactifs), les médicaments à accès limité et certains médicaments en vente libre. En outre, ce régime couvre tous les vaccins.

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

L'achat des médicaments d'entretien nécessaires pour le traitement des maladies chroniques devant durer toute la vie doit être effectué en tout temps en approvisionnement de 90 jours par ordonnance. L'achat des médicaments autres que ceux d'entretien peut être effectué en tout temps en approvisionnement 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 obligatoire par les médicaments génériques

Selon les règlements du régime provincial d'assurance-maladie, s'il existe un médicament générique équivalent, le remboursement sera effectué jusqu'à concurrence du coût du médicament le moins cher. Si un praticien indique qu'un médicament de marque est nécessaire d'un point de vue médical en raison d'une grave réaction médicale à l'équivalent générique, GSC doit recevoir une copie du « Formulaire de déclaration des effets indésirables de Canada Vigilance » (qui se trouve sur le site Web de Santé Canada) rempli par le praticien, afin de déterminer l'admissibilité au paiement du coût du médicament prescrit.

REMARQUE :

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 régime de prestations 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) 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, à l'exception des produits de substitution de la nicotine, comme les timbres, la gomme, les pastilles et les inhalateurs, ainsi que certains produits de santé naturels;
- c) Ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un trouble médical ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- d) Mélanges préparés par un pharmacien non conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

Soins de santé complémentaires

1. **Soins auditifs** : Remboursement des prothèses auditives, batteries, 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 barème des prestations.
2. **Articles et services médicaux** : Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, à moins d'indication contraire ci-dessous, remboursement des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, le cas échéant, pour :
 - a) les articles visant à faciliter la vie quotidienne, comme des lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et le matelas, des bassins de lit, des chaises d'aisance standard, des fournitures pour décubitus (personnes alitées), des tiges à soluté, des lève-personnes portables (y compris les batteries), des perroquets et des urinoirs;
 - b) les chaussures, lorsque prescrites par votre médecin traitant, infirmier praticien, podiatre ou podologue et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podo-orthésiste :
 - i) orthèses plantaires sur mesure ou ajustements des orthèses plantaires sur mesure;
 - ii) bottes ou chaussures faites sur mesure, ajustements des chaussures orthopédiques, ou chaussures faisant partie d'un appareil orthopédique (sous réserve d'une autorisation médicale préalable);
 - c) les appareils orthopédiques, les plâtres;
 - d) le matériel pour diabétiques comme les glucomètres, les lancettes et les fournitures pour diabétiques;
 - e) les services médicaux, comme les tests de diagnostic, les radiographies et les tests de laboratoire;
 - f) les articles d'incontinence ou de stomie, comme les fournitures de cathétérisme et de stomie et les couches-culottes;
 - g) les aides à la mobilité, comme les cannes, béquilles, déambulateurs et fauteuils roulants (y compris les batteries de fauteuil roulant);
 - h) les prothèses standard (bras, mains, jambes, pieds, seins, yeux et larynx);
 - i) les examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, ophtalmologiste ou médecin autorisé, limités à un examen par période de 24 mois (offerts uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie);
 - j) les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, les dispositifs d'inhalothérapie, les fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
 - k) les bas de contention (15 mm Hg ou plus);
 - l) les perruques, en cas de perte des cheveux temporaire ou permanente attribuable à une affection médicale.

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

Limites

- a) Le prix de la location d'équipement médical durable ne doit pas dépasser le prix d'achat. La décision de GSC concernant l'achat ou la location sera fondée sur l'estimation du praticien dûment qualifié quant à la durée du besoin selon l'ordonnance initiale. L'autorisation de la location peut être accordée pour la durée prescrite. Le matériel qui a été rénové par le fournisseur pour la revente n'est pas admissible aux prestations.
 - b) L'équipement médical durable doit être adapté pour une utilisation à domicile, être capable de résister à une utilisation répétée et n'être généralement pas utile en l'absence de maladie ou de blessure.
 - c) Quand le matériel médical de luxe est couvert par le régime, le remboursement se fait uniquement lorsque les caractéristiques de luxe sont nécessaires pour que la personne couverte utilise efficacement le matériel. Les articles qui ne sont pas principalement médicaux de nature ou qui sont conçus pour offrir confort et commodité ne sont pas admissibles.
- 4. Transport d'urgence :** Remboursement du transport professionnel en ambulance terrestre ou aérienne jusqu'à l'hôpital le plus près doté de l'équipement nécessaire pour offrir le traitement requis, en cas de nécessité médicale attribuable à une blessure, à une maladie ou à une invalidité physique grave, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations.
- 5. Services professionnels :** Remboursement des services des praticiens inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, lorsque le praticien qui prodigue 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 podiatrie ne sont pas admissibles avant l'atteinte du maximum annuel de votre régime provincial d'assurance-maladie.
- 6. 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 enfant 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.

- 7. Soins de la vue :** Remboursement des services fournis par un optométriste, opticien ou ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le barème des prestations, relativement à ce qui suit :
- a) Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
 - b) Lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical lorsqu'une acuité visuelle d'au moins 20/40 ne peut être obtenue d'une autre manière dans le meilleur œil ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou d'une difformité physique faisant en sorte qu'il est impossible de porter des montures normales;
 - c) Pièces de rechange pour lunettes d'ordonnance;
 - d) Lunettes de soleil planes 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;
- b) Procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- c) Rendez-vous de suivi pour la fourniture et l'ajustement de lentilles cornéennes;
- d) Frais relatifs aux étuis à lunettes.

Exclusions des prestations de soins de santé

Les 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 infraction criminelle;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un praticien ou dentiste dûment qualifié;
4. Fait de remplir un formulaire de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Toute forme de cannabis thérapeutique pour le traitement d'un problème de santé, indépendamment du fait qu'elle soit autorisée au moyen d'un document médical rédigé par un médecin praticien légalement autorisé et obtenue auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada en vertu du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*;
6. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
 - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
 - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - c) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
 - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures;

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

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les protections indiquées ci-dessous seront admissibles si elles sont basées sur les frais raisonnables et habituels du praticien dentaire autorisé, conformément au guide des tarifs et au maximum indiqué dans le barème des prestations.

Soins de base

1. Services de diagnostic et de prévention de base :
 - examens buccaux complets
 - examens buccaux d'urgence et spécifiques
 - radiographies complètes et panoramiques
 - radiographies interproximales, une fois tous les 6 mois
 - examens de rappel, une fois tous les 6 mois
 - nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de polissage et 1 unité de détartrage), une fois par période de rappel
 - application topique de fluorure, une fois par période de rappel
 - conseils d'hygiène dentaire
 - nettoyage des prothèses dentaires, une fois par période de rappel
 - scellement des puits et fissures sur molaires, pour les personnes couvertes de 14 ans et moins
 - mainteneurs d'espace
 - protecteur buccal, une fois par période de 12 mois
2. Services de restauration de base :
 - amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires
 - restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent
3. Chirurgie buccale mineure :
 - extractions de dents ou de racines résiduelles
4. Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en concomitance avec la chirurgie buccale admissible seulement

Soins de base étendus

1. Services de prothèses standard :
 - réparation de prothèses dentaires ou ajout de dents
 - regarnissage et rebasage standard de prothèses dentaires, au plus tôt 6 mois après la mise en place initiale d'une prothèse
 - ajustements aux 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
2. Chirurgie buccale complète :
 - exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents
 - rénovation et remodelage – façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive
 - excision – ablation de kystes et de tumeurs
 - incision – drainage ou exploration de tissus mous ou durs
 - fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacérations des tissus mous

- malformations maxillofaciales – frénectomie – intervention chirurgicale sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche
3. Traitement endodontique, y compris :
- traitement de canal
 - pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
 - pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
 - apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
 - curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
 - amputation ou hémisection radiculaire
 - blanchiment des dents non vitales
 - procédures d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent
4. Traitement parodontal de l'os et des gencives malades, y compris :
- détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire
 - 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, une fois par période de 24 mois

Soins majeurs

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

Autres traitements

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

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 300 \$, nous vous recommandons de soumettre une évaluation des frais dûment remplie par votre dentiste.

Limites

1. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services et 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 du barème des prestations seront réduits en conséquence; la quote-part s'applique alors.
2. Le remboursement sera effectué selon les services, fournitures ou traitements de base ou standard. Les dépenses connexes au-delà des services, fournitures ou traitements de base ou standard resteront à votre charge.
3. Le remboursement sera calculé au prorata et réduit en conséquence, lorsque le temps passé par le dentiste est inférieur au temps moyen attribué à un code de procédure de soins dentaires dans le guide des tarifs applicable du barème des prestations.
4. Le remboursement des frais de traitement de canal sera limité à un seul paiement par dent. Les frais supplémentaires exigés pour un accès difficile, une anatomie exceptionnelle, la calcification et les reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais pour canal radiculaire comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
5. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérées comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.
6. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples opérations parodontales, sont exécutées lors d'un même rendez-vous 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 prestations 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 infraction criminelle;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un dentiste dûment qualifié;
4. Fait de remplir un formulaire de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Tout service dentaire qui n'est pas mentionné dans les codes de procédure établis et maintenus par l'association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni;
6. Implants;
7. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion;
8. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, réparations et rebasages;
9. Pontiques ou dents postérieures en porte à faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces;
10. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie;
11. Diagnostic ou appareils de repositionnement intrabuccal, y compris l'entretien, les réglages, les réparations et les réfections liés au traitement de la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
12. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
 - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
 - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - c) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
 - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance;
 - e) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures;

13. 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 fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
- g) 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;
- h) Ils sont fournis par le promoteur de votre régime ou un praticien employé par le promoteur de votre régime, en dehors du cadre d'un programme d'aide aux employés;
- i) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure naturelle, de la croissance ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ni réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis;
- j) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
- k) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
- l) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
- m) 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;
- n) 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 soumises correctement et en temps opportun;
- o) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
 - ii) L'engagement financier est terminé.Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- p) 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.

RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demands de renseignements

Pour obtenir des renseignements détaillés, veuillez communiquer avec votre administrateur de prestations 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;
- ♦ Visitez notre site Web à greenshield.ca pour transmettre votre question par courriel.

Autorisation préalable

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

Toutes les demandes de règlement doivent parvenir à GSC au plus tard 12 mois à compter de la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés.

Le fournisseur doit soumettre toutes les demandes de règlement à :

Green Shield Canada

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

Paiement direct au fournisseur de services

Présentez votre carte d'identification GSC à votre fournisseur; une fois que vous aurez payé la quote-part applicable, le fournisseur facturera GSC directement et le paiement lui sera versé directement.

Remboursement

Les frais seront remboursés directement au fournisseur de services.

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

Subrogation

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