

Mon RÉGIME DE GARANTIES

Sherwin Williams Canada Inc.

Classification : Régime consolidé
Divisions : 20010, 20012, 20013, 20015,
20018, 20019, 20020, 20021,
20035, 20036, 20037
Date d'entrée en vigueur de la version révisée : 1^{er} août 2022

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

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

CHANGER POUR LAVIE™

Accessible sur **GSC partout**

GSC
passe au mobile

Télécharger dans l'App Store
DISPONIBLE SUR Google play

Téléchargez l'APPLI dès aujourd'hui!



gsc
les avantages green shield

VOICI VOTRE RÉGIME DE GARANTIES

À PROPOS DE CE LIVRET

Ce livret contient des renseignements importants concernant votre régime de garanties collectif, qui vous est offert par Sherwin Williams Canada Inc., 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 garanties 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 garanties pour chaque garantie prévue par votre régime de garanties collectif;
- les renseignements dont vous avez besoin pour soumettre une demande de règlement.

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

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

GSC PARTOUT – DES RENSEIGNEMENTS À VOTRE FAÇON

En plus de vous fournir ce livret 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 dès aujourd'hui pour :

- visualiser votre livret du régime de garanties;
- accéder à l'historique de vos demandes de règlement, y compris une ventilation des paiements versés;
- 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 Green Shield Canada (GSC) dans une région donnée (au Canada) qui soumettront vos demandes de règlement pour vous;
- demander le dépôt direct des paiements sur 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 garanties aux fins de la coordination de vos prestations.

**Inscrivez-vous en ligne sur [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 en matière de confidentialité de notre groupe, des membres du régime et des personnes à leur charge ainsi que de nos employés, d'une part, et le besoin légitime d'information nécessaire au service à la clientèle, d'autre part.

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

TABLE DES MATIÈRES

BARÈME DES GARANTIES	1
DÉFINITIONS	6
ADMISSIBILITÉ	8
Pour vous.....	8
Pour les personnes à votre charge.....	8
Date d'entrée en vigueur	8
Adhésion tardive	8
Résiliation	8
Enfants à charge – Maintien de la couverture	9
Survivants – Maintien de la couverture.....	9
Vous perdez votre régime de garanties collectif?	9
DESCRIPTION DES GARANTIES	10
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ	10
Médicaments sur ordonnance	10
Soins de santé complémentaires.....	12
VOYAGES	17
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES	25
Soins de base.....	25
Soins de base étendus	25
Soins majeurs.....	26
Soins orthodontiques :	26
RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	30
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES	34
Soins virtuels	34

BARÈME DES GARANTIES

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

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

Ce régime de garanties collectif s'ajoute à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les frais indiqués ci-dessous sont 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 : 100 000 \$ par personne couverte, par année civile
---------------------------	--

<p>Votre quote-part :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments sur ordonnance – Formulaire des médicaments à paliers <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paliers 1, 2, 5 – Médicaments privilégiés et de spécialité : <ul style="list-style-type: none"> - 10 % du coût admissible des médicaments par ordonnance ou par renouvellement ▪ Paliers 3, 4 – Médicaments non privilégiés : <ul style="list-style-type: none"> - 20 % du coût admissible des médicaments par ordonnance ou par renouvellement ▪ Toutes les autres garanties de soins de santé – 0 %

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Médicaments sur ordonnance – Carte de paiement direct des médicaments	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inducteurs d'ovulation 	15 000 \$ à vie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de désaccoutumance au tabac 	Une série de traitements pour toute période de 12 mois
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les autres médicaments couverts 	Jusqu'à concurrence du maximum global
Hospitalisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital général public, hôpital de convalescence ou de réadaptation – chambre à deux lits 	200 \$ par jour
Soins auditifs (appareils auditifs)	700 \$ tous les 5 ans, en fonction de la date de la première demande de règlement payée

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Articles et services médicaux	
<ul style="list-style-type: none"> Affirmation du genre* <p>* Le diagnostic de dysphorie de genre établi par un médecin ou un infirmier praticien est requis.</p>	Frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ à vie
<ul style="list-style-type: none"> Appareil musculo-squelettique – appareil de neurostimulation (y compris la location) 	700 \$ à vie
<ul style="list-style-type: none"> Dispositifs de contraception 	50 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Chaussures <ul style="list-style-type: none"> Bottes ou chaussures sur mesure Orthèses plantaires sur mesure 	400 \$ par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Glucomètre (y compris la location) 	1 tous les 3 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée, jusqu'à concurrence de 200 \$
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses mammaires 	150 \$ tous les 5 ans, en fonction de la date de la première demande de règlement payée
<ul style="list-style-type: none"> Soutien-gorge (mastectomie) 	2 par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Bas de contention 	2 paires par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Perruques 	500 \$ à vie
<ul style="list-style-type: none"> Autres articles et produits – Voir la section Description des garanties pour plus de détails 	Frais raisonnables et habituels
Transport d'urgence	200 \$ par année civile
Soins infirmiers en service privé à domicile	10 000 \$ par année civile
Services professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> Chiropratique Podologie ou podiatrie Massothérapie autorisée (recommandation d'un médecin ou d'un infirmier praticien requise) Naturopathie Ostéopathie Physiothérapie Psychologue, travailleur social, conseiller en service social ou conseiller avec maîtrise en service social, ou psychothérapeute Orthophonie Acupuncture 	400 \$ par année civile par praticien, y compris 1 radiographie par année civile par chiropraticien, par ostéopathe et par podiatre

Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Soins dentaires consécutifs à un accident	Frais raisonnables et habituels
Soins de la vue	
<ul style="list-style-type: none"> Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical, ou opération des yeux au laser, ou examens de la vue par un optométriste 	250 \$ par période de 24 mois consécutifs, en fonction de la date de la première demande de règlement payée (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 20 ans et moins)

RÉGIME DE GARANTIES DE VOYAGE

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

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

Ce régime de prestations collectif **s'ajoute** 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 urgent d'une maladie ou d'une blessure soudaine, et le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels applicables à la région où ils sont engagés.

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

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

Quote-part : Sans objet

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

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

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

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

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

Franchise	Aucune
------------------	--------

Guide des tarifs	<p>Guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes ou spécialistes dans la province où les services sont rendus</p> <p>Dans le cas des hygiénistes dentaires indépendants, le moins élevé des montants suivants : celui indiqué dans le guide des tarifs en vigueur de l'association provinciale des hygiénistes dentaires ou celui indiqué dans le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus.</p> <p>Pour l'Alberta, puisqu'il n'existe pas de guide des tarifs en vigueur, le remboursement sera effectué en fonction du barème des frais établi par GSC pour cette province.</p>
-------------------------	--

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
Soins de base et soins de base étendus	10 %	1 500 \$ par personne couverte, par année civile (soins de base, soins de base étendus et soins majeurs combinés)
Soins majeurs	40 %	Adhésion tardive : 250 \$ par personne couverte pour les 12 premiers mois de la couverture, compte tenu de la date d'entrée en vigueur du statut de la personne couverte
Soins orthodontiques	50 %	1 500 \$ à vie par personne couverte de 17 ans ou moins seulement Adhésion tardive : aucune couverture pour les 12 premiers mois de la couverture, compte tenu de la date d'entrée en vigueur du statut de la personne couverte

DÉFINITIONS

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

Montant permis signifie, selon ce que GSC a déterminé :

- a) Médicaments – la politique nationale de tarification de GSC ou les frais raisonnables et habituels;
- b) Soins de santé complémentaires – les frais raisonnables et habituels pour le service ou le produit, mais sans dépasser les montants établis à l'endroit où ils sont perçus pour un service ou un produit similaire;
- c) Soins dentaires – le guide des tarifs indiqué dans le barème des garanties.

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.

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

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

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

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

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

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

- a) Votre conjoint, si vous êtes légalement marié, ou si vous n'êtes pas légalement marié, la personne avec qui vous vivez dans une union de fait depuis plus de 12 mois consécutifs. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat collectif;
- b) Votre enfant non marié de moins de ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 25 ans (26 ans pour les résidents du Québec pour les médicaments d'ordonnance), 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 de façon 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 un emploi régulier.

Les enfants qui étudient à plein temps dans un établissement agréé ne sont pas tenus d'habiter avec vous ou 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.

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 signifie la date réelle de signification de la demande de règlement initiale ou d'une demande antérieure payée par GSC.

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

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.

Chaussures orthopédiques signifient des chaussures en vente libre, prêtes à porter, prescrites pour les personnes couvertes chez qui on a diagnostiqué un problème aux pieds et qui ont besoin de chaussures spéciales pour traiter ce problème ou pour mieux se déplacer. La chaussure peut être modifiée ou ajustée en fonction du pied de la personne couverte.

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

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

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'assurance, mais sans dépasser les frais en vigueur à l'endroit où ils sont perçus pour un service ou un produit similaire.

Montant facturé signifie le montant facturé par un fournisseur pour un service et soumis pour remboursement dans une demande de règlement.

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

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 âgé de moins de 70 ans; et
- d) être un employé à temps partiel de magasins de peinture diverse de la Saskatchewan qui est activement au travail et travaille un minimum de 15 heures par semaine de façon régulière; ou
- e) pour tous les autres employés – compte tenu des besoins de l'entreprise, celle-ci peut ramener à moins de 35 heures par semaine le nombre d'heures de travail d'un employé permanent à temps plein. L'Accord de travail partagé conclu avec la Commission de l'assurance-emploi du Canada permet une réduction d'heures d'au moins 20 %, mais d'au plus 60 %, pendant une période maximale de 38 semaines. Une telle réduction temporaire n'empêche pas l'employé d'être considéré comme employé à temps plein aux fins du ou des régimes de garanties de l'entreprise.

Pour les personnes à votre charge

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

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

Date d'entrée en vigueur

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

Votre couverture commencera après

- six mois de service actif continu pour les employés à temps partiel de magasins de peinture diverse de la Saskatchewan; ou
- un mois de service actif continu pour tous les autres employés.

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 garanties 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 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.

Adhésion tardive

Si vous soumettez votre demande d'adhésion plus de 31 jours après la date à laquelle vous êtes devenu admissible, votre garantie de soins dentaires sera limitée au montant payable indiqué dans le Barème des garanties.

Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle votre emploi se termine;
- b) La date à laquelle vous ne travaillez plus activement;
- c) Le premier jour du mois coïncidant avec la date à laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans, ou le lendemain;
- d) La fin de la période pour laquelle des montants ont été versés à GSC pour votre couverture;
- e) La date à laquelle le contrat collectif prend fin.

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

- a) La date à laquelle votre couverture prend fin;
- b) La date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge admissible;
- c) La fin du mois au cours duquel votre enfant à charge atteint l'âge limite;
- d) La fin de la période pour laquelle des montants ont été versés pour la couverture de la personne à charge;
- e) La 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) Votre 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) 24 mois après la date de votre décès;
- b) La 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) La date à laquelle se termine la garantie prévue pour la personne à charge qui est couverte.

Vous perdez votre régime de garanties collectif?

Si votre couverture au titre du régime de garanties du promoteur de votre régime 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 suivant la cessation des garanties 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 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.

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

Médicaments sur ordonnance

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

- a) être prescrits par un médecin ou dentiste dûment qualifié, comme la loi l'autorise;
- b) nécessiter une ordonnance et comporter un numéro d'identification du médicament (DIN); et
- 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 coût 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 comportant 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 et aiguilles pour diabétiques, lancettes et agents réactifs). En outre, ce régime comprend tous les vaccins.

Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable de GSC avant que les frais pour ces médicaments soient 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 doit être obtenu du réseau de pharmacies privilégiées (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 des médicaments d'entretien nécessaires pour le traitement des maladies chroniques devant durer toute la vie pourraient devoir en tout temps en approvisionnement de 90 jours par ordonnance. L'achat des médicaments autres que ceux d'entretien peut être effectué en tout temps en approvisionnement de moins de trois mois (90 jours) par ordonnance. Toutefois, l'achat de tous les médicaments peut être effectué en approvisionnement de six mois en période de vacances et d'au plus 13 mois au cours de toute période de 12 mois consécutifs.

Formulaire des médicaments à paliers

Les médicaments admissibles sont regroupés en paliers, ou catégories, selon le type de médicaments. Le formulaire des médicaments à paliers de GSC comporte cinq paliers et chaque palier est associé à une quote-part distincte. Les médicaments des paliers 1, 2 et 5 comportent la quote-part la plus faible, tandis que les médicaments des paliers 3 et 4 comportent une quote-part plus élevée.

- Palier 1 :** Les médicaments génériques privilégiés regroupent la plupart des médicaments génériques et certains médicaments de marque vendus à très bas prix;
- Palier 2 :** Les médicaments de marque privilégiés sont les médicaments de marque pour lesquels il n'existe aucun générique équivalent moins coûteux que d'autres marques ou qui comportent des avantages importants sur le plan de la sécurité ou de l'efficacité;
- Palier 3 :** Les médicaments de marque non privilégiés sont des médicaments de marque qui sont plus coûteux que leurs équivalents de la même catégorie thérapeutique, ainsi que les marques qui ont un générique équivalent moins coûteux;
- Palier 4 :** Les génériques non privilégiés sont les génériques à coût plus élevé que les médicaments de marque équivalents appartenant à la même catégorie thérapeutique;
- Palier 5 :** Les médicaments de spécialité sont les médicaments généralement prescrits pour des affections médicales complexes ou chroniques. Il s'agit de médicaments habituellement très coûteux qui présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : administration par injection ou perfusion; schémas thérapeutiques complexes; conditions d'entreposage spéciales; soutien supplémentaire ou formation du patient nécessaires; généralement non gardés en stock par les pharmacies de détail; habituellement prescrits par des spécialistes.

Substitution par les 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.

REMARQUE :

Garanties pour les médicaments
sur ordonnance pour les
personnes de 65 ans ou plus :

La quote-part et la franchise (le cas échéant) de la garantie pour les médicaments sur ordonnance de votre province de résidence **constituent** des garanties 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 régime de garanties 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 frais admissibles au titre d'une garantie n'incluent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

- a) Les produits de substitution de la nicotine comme les timbres, la gomme, les pastilles et les inhalateurs;
- b) Les médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile;
- c) Médicaments biologiques de référence pour lesquels il existe un médicament biosimilaire approuvé;
- d) Les vitamines qui ne nécessitent pas une ordonnance;

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

Soins de santé complémentaires

1. **Hospitalisation** : Le remboursement, tel qu'il est indiqué dans le barème des garanties, 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, ou une aile de convalescence ou de réadaptation dans un hôpital général public, à condition que le régime provincial d'assurance-maladie ait accepté ou convenu de payer le tarif normal ou celui de l'hôpital.
2. **Soins auditifs** : Le remboursement des prothèses auditives, des réparations ou des pièces de rechange, si le médecin traitant dûment qualifié les a recommandés ou approuvés, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des garanties. Aucun montant ne sera versé pour les piles.
3. **Articles et services médicaux** : Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, à moins d'indications contraires ci-dessous, le remboursement des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des garanties, le cas échéant, pour :
 - a) Les articles pour faciliter la vie quotidienne, comme des lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit (location seulement), 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/poteaux de transfert ou des urinoirs;
 - b) Les chaussures, lorsqu'elles sont prescrites par votre médecin, podiatre ou podologue traitant et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podo-orthésiste :
 - i) les orthèses plantaires sur mesure ou les ajustements aux orthèses plantaires sur mesure;
 - ii) les bottes ou chaussures faites sur mesure, les ajustements des chaussures orthopédiques, ou les 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 et les fournitures, tel que:
 - i) les glucomètres et les pompes à insuline;
 - ii) les systèmes de contrôle du glucose (SCG) comme les appareils de contrôle continu et ponctuel assujettis à une autorisation médicale préalable et dont le 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 diabétiques de même qu'au matériel et aux fournitures de contrôle;
 - e) Les services médicaux, comme les tests de diagnostic, les radiographies et les tests de laboratoire;
 - f) Les articles d'incontinence ou de stomie, comme les fournitures de cathétérisme et de stomie;
 - g) Les aides à la mobilité, comme les cannes, les béquilles, les déambulateurs et les fauteuils roulants (location seulement);
 - h) Les prothèses standard (bras, mains, jambes, pieds, seins, yeux et larynx);
 - i) Les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, les dispositifs d'inhalothérapie, les fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
 - j) Les bas de contention avec pression d'au moins 15 mm Hg;
 - k) Les perruques pour la perte temporaire ou permanente des cheveux 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 d'origine. 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 garanties.
 - 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. Affirmation du genre :** Les services ci-dessous qui ne sont pas couverts par votre régime provincial ou territorial de soins de santé seront considérés comme admissibles seulement si un diagnostic de dysphorie de genre établi par un médecin dûment qualifié ou un infirmier praticien est fourni à GSC. Le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des garanties :
- **Services de base** – Chirurgies génitales et de la poitrine ou des seins liées à la transition qui ne sont pas couvertes par votre régime provincial ou territorial de soins de santé, ainsi que la chirurgie de la voix, le rasage de la trachée, le remodelage de la poitrine, les dilataateurs vaginaux, l'épilation au laser et la féminisation du visage.
 - **Services ciblés** – Chirurgies autres que génitales et de la poitrine ou des seins : chirurgie du nez, liposuction et lipofilling, lifting des yeux et du visage, remplissage des lèvres et des joues, transplantation de cheveux, lifting des fesses et pose d'implants.
- 5. Transport d'urgence :** Remboursement du transport professionnel en ambulance terrestre ou aérienne à l'hôpital le plus près doté de l'équipement nécessaire pour dispenser le traitement requis, en cas de nécessité médicale attribuable à une blessure, à une maladie ou à une invalidité physique grave, jusqu'à concurrence de la somme indiquée dans le barème des garanties.
- 6. Soins infirmiers en service privé à domicile :** Remboursement des services prodigués à domicile par une infirmière autorisée (inf. aut.) ou par une infirmière auxiliaire autorisée (inf. aux. aut.) par visite ou par quart de travail, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des garanties. Aucun montant ne sera payé pour des services de garde ou pour des services qui ne requièrent pas le niveau d'aptitude d'une infirmière autorisée (inf. aut.) ou d'une infirmière auxiliaire autorisée (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.
- 7. Services professionnels :** Remboursement pour les services des praticiens inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des garanties, 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'épuisement du maximum annuel de votre régime d'assurance-maladie de l'Alberta/l'Ontario.

- 8. Soins dentaires consécutifs à un accident :** Remboursement des frais de soins dentaires prodigués par un dentiste autorisé à pratiquer sa profession pour des dents naturelles 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 les 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 60 jours qui suivent l'accident.

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

Aucun montant ne sera versé pour les traitements de périodontie ou d'orthodontie, ou 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 des garanties 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.

- 9. Soins de la vue :** Remboursement des services fournis par un optométriste, un opticien ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence des sommes indiquées dans le barème des garanties, relativement à ce qui suit :
- a) Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
 - b) Examens de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, un ophtalmologiste ou un médecin, limités à un examen tous les 24 mois (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 20 ans et moins). Cette garantie est offerte uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie provincial.
 - c) 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;
 - d) Pièces de rechange de lunettes d'ordonnance;
 - e) Opération des yeux au laser;
 - f) Lunettes de soleil sans ordonnance prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques.

Les frais admissibles au titre d'une garantie n'incluent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

- a) Traitement médical ou chirurgical, sauf la chirurgie des yeux au laser;
- 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 garanties de soins de santé

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

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre, déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une 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. L'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 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) ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
 - 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 régime de garanties pour les médicaments sur ordonnance;
 - f) Il n'est pas utilisé ou 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 (par exemple, l'emploi non conforme à l'étiquette);
8. Les services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :
 - a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ou approuvés par un médecin 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 ou aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de garanties, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, comme un organisme ou une partie autre que GSC, votre promoteur de régime ou vous-même;
 - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
 - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités courantes;

- 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 votre promoteur de régime ou un praticien employé par votre promoteur de 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 ou 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 et 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 garantie;
- 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 déposées 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 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 approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
- w) Ils sont fournis par un médecin ayant 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) Ils sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture.

VOYAGES

Important : Ce sommaire sur les prestations de voyage comprend les exigences, les limites et les exclusions qui peuvent avoir une incidence sur l'admissibilité ou le remboursement des frais encourus. 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 premières 48 heures, le remboursement des frais encourus pourrait se limiter au montant des dépenses engagées dans les premières 48 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 une 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'a été recommandé ou n'était en cours mais non terminé, 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 satisfaites 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 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 Sommaire 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 Sommaire 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 :

1. **Les services hospitaliers et d'hébergement** selon le tarif de salle dans un hôpital général public.
2. **Les services médicaux ou chirurgicaux** rendus par un médecin ou chirurgien dûment qualifié pour soulager les symptômes ou guérir d'une maladie ou blessure imprévue.
3. **Transport d'urgence**
 - **L'ambulance terrestre** vers l'établissement médical qualifié le plus près.

- **L'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 votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, ou à l'établissement médical qualifié le plus près.
4. **Les services d'orientation** – a) les services hospitaliers et d'hébergement, jusqu'à un taux normalisé dans un hôpital général public, ou b) les services médicaux chirurgicaux rendus par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié.
 - **Avant le début du traitement, vous devez obtenir une autorisation préalable par écrit** de votre régime provincial 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.**
 5. **Les services d'une infirmière privée** jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année civile, au tarif raisonnable et habituel pratiqué par un infirmier autorisé (inf. aut.) enregistré à l'endroit où le traitement est donné. Vous devez obtenir une autorisation préalable auprès du service Assistance-voyage de GSC.
 6. **Les tests de diagnostic de laboratoire et les radiographies** lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant. Sauf en cas d'urgence, le service Assistance-voyage de GSC doit approuver ces services au préalable (p. ex. cathétérisme cardiaque ou angiographie, angioplastie et pontage).
 7. **Remboursement des médicaments sur ordonnance**, à savoir les produits pharmaceutiques, sérums et injectables devant faire l'objet d'une ordonnance de par la loi et qui sont prescrits par un médecin dûment qualifié (sauf les vitamines, les médicaments brevetés ou les spécialités pharmaceutiques). Envoyez au service Assistance-voyage de GSC le reçu original du paiement auprès de la pharmacie, du médecin ou de l'hôpital hors de votre province/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.
 8. **Les appareils médicaux**, y compris les plâtres, les béquilles, les cannes, les écharpes, les attelles ou la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque cela est jugé médicalement nécessaire et requis en raison d'un accident, et lorsque les appareils sont obtenus à l'extérieur de votre province/territoire de résidence.
 9. **Le traitement par un dentiste**, seulement en cas de nécessité en raison d'un coup direct accidentel à la bouche, jusqu'à un maximum de 2 000 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être fournis dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les détails de l'accident doivent être fournis au service Assistance-voyage de GSC, accompagnés des radiographies dentaires.
 10. **Retour à la maison** – lorsque votre maladie ou blessure est telle que des services sont requis d'urgence :
 - 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 garantie suppose que vous n'êtes pas détenteur d'un billet d'avion aller-retour ouvert valide. Les frais de surclassement, les taxes de départ, les pénalités d'annulation ou les frais de transport aérien pour accompagner les membres de la famille ou des amis ne sont pas inclus.

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

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

12. Les repas et l'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 l'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. Cela doit être confirmé par écrit par le médecin traitant ou le chirurgien dûment qualifié, avec les reçus originaux à l'appui de l'entreprise commerciale.

13. Le transport jusqu'au chevet du patient, incluant le transport aérien en classe économique aller-retour par le parcours le plus direct à partir de votre province/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 le but suivant :

- Être avec vous ou votre personne à charge couverte pendant l'hospitalisation. Cette garantie nécessite que la personne couverte soit hospitalisée pendant au moins 7 jours à l'extérieur de votre province/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.

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

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

SERVICE ASSISTANCE-VOYAGE DE GSC

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

Ces services comprennent :

- Accès au service d'aide avant départ (avant le départ) : codes canadiens d'appel direct, renseignements sur les vaccinations, mises en garde du gouvernement et exigences de visas ou de documents pour l'entrée dans le pays de destination;
- Assistance multilingue;
- Aide pour localiser les soins médicaux les plus appropriés et les plus près;
- Réseaux de fournisseurs internationaux privilégiés;
- Consultations médicales et 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;
- Une aide spéciale en ce qui concerne la coordination des demandes de paiement direct;
- Coordination des services consulaires;
- Gestion, organisation et coordination du transport médical d'urgence et d'évacuation, si nécessaire;
- Gestion, organisation et coordination du rapatriement de la dépouille;
- Aide spéciale pour prendre les dispositions nécessaires en cas d'interruption et de perturbation des plans de voyage résultant de situations d'urgence afin d'inclure :
 - le retour des compagnons de voyage non accompagnés;
 - le déplacement au chevet d'une personne alitée;
 - la modification du billet pour cause d'accident ou de maladie et autres urgences de voyage;
 - le retour d'un véhicule automobile personnel en panne et des objets personnels connexes;
- Aide essentielle dans la recommandation d'aide juridique;
- Coordination des cautions et autres actes juridiques;
- Aide 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 garanties de voyage

1. La couverture prend effet au moment où vous ou la personne à votre charge traversez la frontière provinciale/territoriale pour quitter votre province/territoire de résidence, et se termine lorsque vous franchissez la frontière pour revenir dans votre province/territoire de résidence. Si vous voyagez par avion, la couverture prend effet au moment où l'aéronef décolle dans la province/territoire de résidence et se termine lorsqu'il atterrit dans la province/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](#) ne 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 premières 48 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 en compagnie d'un membre du personnel médical;
 - Vous ou votre personne à charge êtes admis directement à un hôpital dans votre province/territoire de résidence;
 - Les rapports ou certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont présentés au service Assistance-voyage de GSC; et
 - La preuve de paiement (y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est présentée au service Assistance-voyage de GSC.
6. Si vous prévoyez voyager dans des zones de troubles politiques ou civils, ou dans des zones où le gouvernement du Canada a émis un avertissement de voyage officiel en ce qui concerne les voyages non essentiels, communiquez avec le service Assistance-voyage de GSC pour obtenir des conseils avant de partir, car il pourrait être incapable de garantir des services d'assistance.
7. Le service Assistance-voyage de GSC se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, restreindre ou 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 ou une ville en raison d'une épidémie potentielle ou réelle ou d'une pandémie.

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 garanties 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; ou
 - 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 nécessaire 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 ait 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 liées directement ou indirectement à une épidémie ou 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 soit lié d'une quelconque façon;
 - b) un problème de santé survenu pendant le voyage découlant, ou qui y soit 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. Frais engagés pour un enfant né pendant le voyage.

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 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 aux maximums indiqués dans le barème des garanties.

Soins de base

1. Services de diagnostic et de prévention de base :
 - examens buccaux complets une fois tous les 3 ans
 - examens buccaux d'urgence et spécifiques
 - série complète de radiographies et de radiographies panoramiques une fois tous les 3 ans
 - 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
 - nettoyage des prothèses dentaires une fois par période de rappel
 - scellement des puits et fissures sur les molaires seulement, pour les personnes couvertes de 17 ans et moins
 - mainteneurs d'espace
 - protecteur buccal, une fois tous les 12 mois
2. Services de restauration de base :
 - amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires
 - restaurations d'incrustation – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent
3. Chirurgie buccale de base :
 - extractions de dents ou de racines résiduelles
4. Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en de plus de 80 milligrammes avec la chirurgie buccale admissible

Soins de base étendus

1. Services de prothèses standard :
 - réparations de prothèses dentaires ou ajouts de dents
 - rebasage superficiel et complet de prothèses dentaires une fois tous les 3 ans, au plus tôt 6 mois après la mise en place d'une prothèse
 - ajustements de prothèse (une fois tous les 6 mois) et procédures de remontage et d'équilibrage, au plus tôt 3 mois après la mise en place d'une prothèse
 - garnitures souples de conditionnement des tissus sur les gencives pour favoriser la guérison
 - reconstitution d'une prothèse partielle en utilisant le cadre existant, une fois tous les 5 ans
2. Chirurgie buccale complète :
 - exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents
 - rénovation et remodelage – façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive
 - excision – ablation de kystes et de tumeurs
 - incision – drainage ou exploration de tissus mous ou durs
 - fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacérations des tissus mous
 - malformations maxillo-faciales – frénectomie – chirurgie sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche

3. Traitement endodontique, notamment :
 - traitement de canal
 - pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
 - pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
 - apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
 - curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
 - amputation ou hémisection radiculaire
 - blanchiment des dents non vitales
 - interventions d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent
4. Traitement parodontal de l'os et des gencives malades, y compris :
 - détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire (12 unités de temps par année civile)
 - équilibration de l'occlusion – meulage sélectif des surfaces dentaires pour ajuster l'occlusion, 2 unités de temps tous les 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 tous les 12 mois

Soins majeurs

1. Restaurations standard de couronnes et d'incrustations pour réparer les dents naturelles malades ou endommagées de façon accidentelle, une fois tous les 5 ans
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 ou recollage ordinaire de couronnes, d'incrustations et de ponts sur des dents naturelles

Soins orthodontiques :

Remboursement des traitements d'orthodontie pour redresser les dents ou corriger l'occlusion

Les reçus doivent parvenir à GSC au plus tard 12 mois après la date de prestation du service pendant que le traitement suit son 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 recommence pour les soins restants. Les prestations pour soins orthodontiques ne sont versées que durant les mois au cours desquels les soins sont couverts.

Autres traitements

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

- Dans le cas de tout traitement proposé pour des couronnes, des incrustations ou des ponts, vous **devez** présenter une évaluation des frais préparée par votre dentiste aux fins d'analyse. Par suite de notre analyse, il est possible que nous décidions de ne couvrir qu'un montant inférieur au coût évalué ou de refuser la couverture des soins. Si vous ne présentez pas une évaluation des frais avant le début des traitements, l'analyse de leur admissibilité sera retardée.
- Si le coût total de tout traitement proposé dépasse 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 du barème des garanties 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 garanties.
4. Le remboursement des frais de traitement de canal sera limité au paiement par dent. Les frais supplémentaires pour accès difficile, anatomie exceptionnelle, canaux calcifiés 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 de nature parodontale, sont exécutées lors d'un même rendez-vous ou dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur des services de restauration multiples.
7. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des services de périodontie multiples sont effectués au cours du même rendez-vous et que le plein tarif selon le guide est facturé pour chaque obturation ou service de périodontie; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
8. 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 garanties de soins dentaires

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

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre, déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une 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. L'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 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;
7. Implants;
8. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion;
9. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, les réparations et rebasages;
10. Pontiques ou dents postérieures en porte-à-faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces;
11. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie;
12. 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;
13. 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 l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
 - 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 régime de garanties pour les médicaments sur ordonnance;

- f) Il n'est pas utilisé ou 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 (par exemple, l'emploi non conforme à l'étiquette);

14. Les services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :

- a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ou approuvés par un médecin 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 ou aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de garanties, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, comme un organisme ou une partie autre que GSC, votre promoteur de régime ou vous-même;
- d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
- e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
- f) Ils sont 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 votre promoteur de régime ou un praticien employé par votre promoteur de régime, dans le cadre d'un régime autre que le régime 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 ou 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 déposées 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) Ils sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture.

RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de renseignements

Pour obtenir des renseignements détaillés, veuillez communiquer avec votre administrateur de garanties ou avec nous :

- ♦ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour vérifier si un article ou un service en particulier est couvert et si une autorisation préalable de GSC est requise, ou
- ♦ Visitez notre site Web à 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.

Soumission des demandes de règlement

Lorsque vous soumettez une demande de règlement à GSC, vous devez indiquer le numéro d'identification GSC de la personne qui a bénéficié de la garantie. Vous pouvez trouver le numéro d'identification GSC pour vous et les personnes à votre charge sur votre carte d'identification GSC.

Les reçus détaillés originaux sont nécessaires aux fins de remboursement (**les reçus de caisse ou de carte de crédit ne sont pas acceptés comme preuve de paiement**).

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, ou la déclaration inexacte ou la falsification volontaire de tout renseignement concernant une demande de règlement constitue 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 garanties.

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

- Le nom de la personne couverte, son adresse et son numéro d'identification GSC
- Le nom et l'adresse du fournisseur
- La date de la prestation du service
- Les frais pour chaque service ou produit
- Une description détaillée du service ou du produit
- La recommandation médicale ou l'ordonnance du médecin, le cas échéant
- Pour les services d'audiologie, une copie de l'audiogramme et des détails sur le financement provincial, le cas échéant
- Pour l'hôpital, dates d'admission et de congé, frais quotidiens d'hospitalisation, nombre de jours dans des installations privilégiées

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

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

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

À l'attention de : Service des médicaments	C.P. 1652	Windsor (Ontario)	N9A 7G5
À l'attention de : Articles 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 : Hospitalisation/Soins de la vue	C.P. 1615	Windsor (Ontario)	N9A 7J3
À l'attention de : Hors du Canada	C.P. 1606	Windsor (Ontario)	N9A 6W1
À l'attention de : Service des soins dentaires	C.P. 1608	Windsor (Ontario)	N9A 7G1

Remboursement

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

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

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

Paiements excédentaires

GSC se réserve le droit de recouvrer tous les paiements excédentaires ou non justifiés de prestations, 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.

Paiement direct au fournisseur de services (le cas échéant)

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

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 au service 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 si les prestations versées en votre nom ou en celui de la personne à votre charge sont payées ou auraient dû être payées ou fournies par une tierce partie. Cela signifie que GSC a le droit de recouvrer le paiement de remboursement si vous ou votre personne à charge recevez un remboursement, en tout ou en partie, d'un tiers ou d'une autre couverture relativement à des garanties 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.

Coordination des prestations (CDP)

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

Les demandes doivent d'abord être soumises au payeur primaire. Les soldes impayés doivent ensuite être soumis aux régimes secondaires. 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 :

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

Conjoint

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

Enfants

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

- Le régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) survient plus tôt dans l'année civile;
- Le 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 :
 - Le régime du parent qui a la garde de l'enfant à charge;
 - Le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant à charge;
 - Le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant à charge
 - Le 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.

Garanties de voyage

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

Si GSC est l'assureur secondaire, il faut soumettre le relevé original de l'Explication des garanties 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.

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Les services suivants font partie de votre régime de prestations, mais ne sont pas fournis par GSC. GSC a pris des dispositions en ce qui concerne cette couverture et en assure uniquement l'administration au nom du promoteur de votre régime.

Soins virtuels

En tant que membre de GSC, 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.

Vous voulez parler avec un médecin sans vous rendre à une clinique sans rendez-vous? GSC vous permet d'éviter les salles d'attente grâce à Maple! En tant que plus important fournisseur de soins de santé virtuel accessible 24 heures par jour, sept jours sur sept, Maple offre un accès immédiat à des médecins à partir d'un téléphone, d'une tablette ou d'un ordinateur. Vous pouvez maintenant en profiter avec votre régime de prestations, et ce, gratuitement ou à faible coût.

Vérifiez le type d'accès et la couverture dont vous disposez en vous inscrivant auprès de Maple à getmaple.ca/greenshield.