

# MON LIVRET DU RÉGIME DE GARANTIES

Association générale des étudiants de l'Université Sainte-Anne



Division : 32022

Date d'entrée en vigueur de la version révisée : 1<sup>er</sup> septembre 2014





## VOICI VOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ ET DENTAIRE POUR ÉTUDIANTS

Cher étudiant, chère étudiante,

Voici le régime de soins de santé et dentaires de votre association étudiante.

Les membres de l'Association générale des étudiants de l'Université Sainte-Anne se sont regroupés pour cotiser au régime de soins de santé et dentaires dont nous bénéficions tous.

Votre régime de soins de santé et dentaires a été mis en place démocratiquement, par voie de référendums auprès des membres de votre association étudiante. Chaque année, vos représentants élus et les membres du personnel négocient le meilleur rapport qualité-prix. Ce service s'adresse tout particulièrement aux étudiants qui en ont besoin, puisque ceux qui ont déjà une couverture peuvent se retirer du régime.

Votre régime de soins de santé et de soins dentaires est un service de votre association étudiante; comme il est offert par Green Shield Canada (GSC), le seul fournisseur de garanties sans but lucratif du pays, vous pouvez être assuré que l'intérêt des étudiants est la seule priorité.

En créant ce régime de soins de santé et de soins dentaires, les membres de l'Association générale des étudiants de l'Université Sainte-Anne reconnaissent qu'il est important de se regrouper pour économiser et fournir des services importants. Le coût d'une assurance maladie individuelle serait trop élevé, et les garanties trop limitées, si chaque étudiant devait la souscrire individuellement. Mais nous pouvons faire des économies d'échelle incroyables et améliorer les services en regroupant nos ressources.

Ce régime de garanties représente bien plus! En décidant de s'offrir une protection pour soins de santé et dentaires, les étudiants s'assurent qu'aucun d'entre eux n'ait de mauvais résultats scolaires ou ne doive abandonner ses études à cause de frais de santé trop élevés et imprévus. Certains étudiants qui souffrent d'une maladie chronique ne pourraient jamais voir une salle de cours s'ils n'avaient pas accès à un traitement ou à des soins abordables.

C'est pourquoi il est important de travailler ensemble pour assurer une protection à tous, de la manière la plus économique possible. Nous vous souhaitons bien sûr de rester en santé pendant toute l'année, mais si vous tombez malade, nous serons heureux de savoir que le régime de soins de santé et dentaires sera là pour vous aider. Un grand nombre de vos garanties vous encouragent à être en bonne santé et à prévenir la maladie, comme celles qui couvrent le nettoyage dentaire annuel et les médicaments d'entretien. En matière de soins de santé et de soins dentaires, la prévention est un investissement pour l'avenir qui a autant de valeur que vos études.

Cette année, assurez-vous de prendre connaissance de la couverture expliquée en détail dans ce livret et profitez des garanties offertes par le régime de soins de santé et dentaires de votre association étudiante. Après tout, nous pouvons tous bénéficier de la tranquillité d'esprit que procure ce régime.

Une équipe est à votre disposition si vous avez des questions ou des suggestions.

Nous vous souhaitons une année remplie de succès et de santé!

Votre équipe de direction de l'Association générale des étudiants de l'Université Sainte-Anne

## VOICI VOTRE RÉGIME DE GARANTIES

### À PROPOS DE CE LIVRET

Ce livret résume les garanties offertes par votre régime. Il comprend :

- une table des matières, afin de vous permettre d'accéder facilement et rapidement à l'information que vous recherchez;
- un barème des 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.

### LES FOURNISSEURS DE VOS GARANTIES SONT :

#### GSC

- Médicaments sur ordonnance, soins de santé et soins dentaires

#### ACE INA Insurance

- Garanties en cas de décès ou de mutilation accidentels

#### Assurance voyage RSA Inc.

- Régime de garanties de voyage

### LE CENTRE DES ÉTUDIANTS

Le « Centre des étudiants » est maintenant accessible sur le site Web de GSC, à l'adresse [greenshield.ca/studentcentre](http://greenshield.ca/studentcentre). Ce site Web offre un accès simple et rapide à tous les renseignements dont vous avez besoin. Vous pouvez notamment :

- Consulter ou télécharger le livret du régime de garanties.
- Trouver des fournisseurs de soins dentaires dans votre région qui sont membres du réseau de fournisseurs de soins dentaires offrant des rabais aux étudiants (si vous bénéficiez de la garantie de soins dentaires de GSC).
- Trouver des fournisseurs de soins de la vue offrant des rabais dans votre région (que vous ayez souscrit ou non la garantie de soins de la vue de GSC).
- Accéder à des informations sur le mieux-être.

## SERVICES EN LIGNE AUX MEMBRES DU RÉGIME

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 des renseignements personnels sur vos demandes de règlement, y compris une ventilation des paiements versés;
- simuler une demande de règlement pour savoir immédiatement ce qui sera couvert;
- demander le dépôt direct des paiements sur votre compte bancaire\*;
- imprimer des formulaires de demande de règlement personnalisés et des cartes d'identification de remplacement;
- imprimer des relevés personnels d'Explication des garanties aux fins de la coordination de vos prestations;
- obtenir l'aide dont vous avez besoin en ligne.

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

**\*Si vous avez demandé** le dépôt direct, les paiements seront effectués directement dans le compte bancaire que vous avez désigné. Les relevés ne vous seront plus envoyés par la poste, mais vous pourrez les visualiser en ligne.

## ENTENTE AVEC LE RÉSEAU NATIONAL DE FOURNISSEURS DE SOINS DE LA VUE PRIVILÉGIÉS

En tant que membre du régime de GSC, vous avez accès au réseau national de fournisseurs de soins de la vue privilégiés, offrant à tous les membres du régime de GSC la possibilité de bénéficier d'un rabais sur les lunettes et l'opération des yeux au laser.

Les caractéristiques de ce service à valeur ajoutée pour les lunettes ou l'opération des yeux au laser sont les suivantes :

1. L'offre s'applique à tout membre du régime de GSC, peu importe si vous bénéficiez ou non des garanties de soins de la vue de GSC.
2. Le fournisseur de soins de la vue peut facturer directement GSC et le membre du régime ne paie que la partie de la dépense qui n'est pas couverte par les garanties de soins de la vue.
3. Des chaînes fiables de vente au détail dans des endroits pratiques.
4. L'offre de rabais s'applique à tout, comme les revêtements supplémentaires, les mises à niveau et les accessoires.
5. Des centaines de modèles de montures à choisir ainsi que la dernière lentille et technologie de revêtement.
6. Des opticiens professionnels pour vous aider à choisir des produits.
7. Pour certains fournisseurs, cette offre s'applique aux lentilles cornéennes non jetables seulement (exclusion des lentilles cornéennes jetables).

Visitez notre site Web à l'adresse [greenshield.ca/studentcentre](http://greenshield.ca/studentcentre) ou appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour obtenir des renseignements sur les fournisseurs de soins de la vue.

### **Comment soumettre une demande de règlement pour soins de la vue**

1. Fournissez votre numéro d'identification GSC. Il constitue la preuve que vous êtes membre du régime de GSC.
2. Le fournisseur de soins de la vue appliquera le ou les rabais appropriés à votre demande de règlement, qu'il peut présenter directement à GSC aux fins de paiement. Vous payez à votre fournisseur de soins de la vue tout solde non couvert par les garanties.
3. En l'absence de garanties, vous versez à votre fournisseur le solde complet après les rabais applicables.

## FURNISSEURS DE SOINS DENTAIRES OFFRANT DES RABAIS

GSC donne accès au Réseau de fournisseurs de soins dentaires à tarif avantageux pour étudiants en partenariat avec le Réseau-santé étudiant national. Ce réseau vise à offrir aux étudiants membres de notre régime un accès à des fournisseurs de soins dentaires de qualité à un coût abordable.

Les caractéristiques de ce service à valeur ajoutée sont les suivantes :

1. Plus de 800 dentistes participent actuellement à ce programme d'envergure nationale.
2. Une fois qu'un fournisseur de soins dentaires adhère au réseau, GSC l'ajoute à la liste des fournisseurs de soins dentaires participants. La liste se trouve sur le site [greenshield.ca/studentcentre](http://greenshield.ca/studentcentre).
3. Vous pouvez consulter un dentiste qui figure déjà sur la liste des fournisseurs de soins dentaires, ou demander à votre dentiste actuel d'adhérer au réseau; l'avantage de l'adhésion pour votre dentiste est l'augmentation potentielle de son volume d'affaires. Pour des renseignements complémentaires, votre dentiste peut appeler notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119.
4. Le rabais s'applique à la plupart des actes buccodentaires et *peut* atteindre 30 %.
5. Notre système calcule automatiquement le rabais applicable quand vous consultez un fournisseur de soins dentaires du réseau. Le rabais applicable dépend des modalités du régime de votre université ou de votre collège, et sera déduit de votre quote-part, ou partie des coûts que vous assumez.
6. Les demandes de règlement pour soins dentaires sont traitées électroniquement; **vous devez donc être inscrit au système GSC pour obtenir le rabais**. GSC règlera votre dentiste directement; vous n'aurez à lui payer que votre quote-part (le cas échéant) des honoraires demandés pour les soins fournis.
7. Vous recevrez des soins dentaires professionnels tout en payant moins cher et en maintenant votre santé buccodentaire.

Visitez notre site Web à l'adresse [greenshield.ca/studentcentre](http://greenshield.ca/studentcentre) ou appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour obtenir des renseignements supplémentaires.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>BARÈME DES GARANTIES</b> .....	<b>1</b>
<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>ADMISSIBILITÉ</b> .....	<b>6</b>
Pour vous .....	6
Pour les personnes à votre charge .....	6
Date d'entrée en vigueur.....	6
Résiliation .....	6
Enfants à charge – Maintien de la couverture .....	6
Conversion du régime collectif – Programme PRISM CONTINUUM <sup>MD</sup> .....	7
<b>DESCRIPTION DES GARANTIES</b> .....	<b>8</b>
<b>RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ</b> .....	<b>8</b>
Médicaments sur ordonnance.....	8
Soins de santé complémentaires .....	9
<b>RÉGIME DE SOINS DENTAIRES</b> .....	<b>14</b>
Soins de base.....	14
Soins de base étendus .....	15
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT</b> .....	<b>19</b>
<b>NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ</b> .....	<b>22</b>
<b>ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT</b> .....	<b>23</b>
<b>RÉGIME DE GARANTIES DE VOYAGE</b> .....	<b>26</b>



## 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 que vous avez demandées s'appliquent à vous.

Ce régime de garanties collectif s'ajoute à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les frais admissibles au titre d'une garantie 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.

<b>Franchise :</b> Aucune	<b>Maximum global :</b>  <b>Médicaments sur ordonnance</b> – 750 \$ par personne couverte, par année de régime  <b>Pour toutes les dépenses en soins de santé:</b> 7 500 \$ par personne couverte, par année de régime
---------------------------	--

Couverture de votre régime :	Votre quote-part :	Maximum payé par le régime :
<b>Médicaments sur ordonnance</b> – Carte de paiement direct des médicaments	20 %, par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	750 \$ par personne couverte, par année de régime
<b>Articles et services médicaux</b>	0 %	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaussures                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bottes ou chaussures sur mesure</li> <li>▪ orthèses plantaires sur mesure</li> </ul> </li> <li>• Autres articles et produits – Voir la section Description des garanties pour plus de détails</li> </ul>		Frais raisonnables et habituels
<b>Transport d'urgence</b>	0%	Frais raisonnables et habituels

**MON LIVRET DU RÉGIME DE GARANTIES**

<b>Couverture de votre régime :</b>	<b>Votre quote-part :</b>	<b>Maximum payé par le régime :</b>
<b>Services professionnels</b>	0 %	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chiropratique</li> </ul>		20 \$ par visite, jusqu'à un maximum de 300 \$ par personne, par année de régime (1 examen radiologique par année de régime)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Massothérapie autorisée (recommandation d'un médecin requise)</li> </ul>		25 \$ par visite, jusqu'à un maximum de 300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>Naturopathie</li> </ul>		300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>Physiothérapie</li> </ul>		300 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychologie</li> </ul>		500 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orthophonie</li> </ul>		20 \$ par visite, jusqu'à un maximum de 300 \$ par personne, par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapeute du sport</li> </ul>		300 \$ par année de régime
<b>Soins dentaires consécutifs à un accident</b>	0 %	2 500 \$ par accident dentaire
<b>Soins de la vue</b>	0 %	
<ul style="list-style-type: none"> <li>lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical, ou examens optométriques</li> </ul>		100 \$ par période de 24 mois tous les 24 mois commençant le 1 septembre (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 17 ans et moins)
<b>Cours particuliers</b>  Remarque : Vos personnes à charge ne sont pas admissibles à ce service	0%	Cours particuliers par un professeur qualifié, jusqu'à concurrence de 15 \$ l'heure et de 1 000 \$ par invalidité Vous devez être confiné à la maison ou à l'hôpital pendant au moins 15 jours consécutifs pour être admissible.

**Pour une description complète des garanties de soins de santé, 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.

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

<b>Guide des tarifs :</b>	<p>Guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les spécialistes ou les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus .</p> <p>Dans le cas des hygiénistes dentaires indépendants, le moins élevé des montants suivants : celui indiqué dans le guide des tarifs en vigueur de l'association provinciale des hygiénistes dentaires ou celui indiqué dans le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus.</p> <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>
---------------------------	--

<b>Couverture de votre régime :</b>	<b>Votre quote-part :</b>	<b>Maximum payé par le régime :</b>
Soins de base	0 %	750 \$ par personne couverte, par année de régime (soins de base et soins de base étendus)
Soins de base étendus	20 %	

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

## 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.

**Année de régime** signifie les 12 mois consécutifs du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août.

**Année civile** signifie les 12 mois consécutifs du 1<sup>er</sup> 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** signifie le montant qui doit être payé par vous ou pour vous ou votre personne à charge pendant toute année de régime 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 21 ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 25 ans, s'il est inscrit à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
- d) Votre enfant non marié (peu importe son âge) devenu totalement invalide alors qu'il était admissible en vertu de la clause b) ou c) ci-dessus, invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

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

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

**Urgence** signifie une situation soudaine, inattendue (maladie ou blessure) qui nécessite des soins médicaux immédiats. Cela comprend notamment un traitement (non facultatif) pour le soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou d'une maladie grave, qui doit être administré sans attendre que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement en état de retourner dans votre province de résidence.

**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.

**Chaussures orthopédiques** signifie 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.

**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.

## 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 un membre ou un membre du personnel de l'association étudiante figurant sur la page couverture du présent livret.

### Pour les personnes à votre charge

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

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

### Date d'entrée en vigueur

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

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

### Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous n'êtes plus un membre ou un membre du personnel de l'association étudiante figurant sur la page couverture du présent livret;
- b) la fin de la période pour laquelle des montants ont été versés à GSC pour votre couverture;
- c) 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 de l'année civile durant laquelle 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.

**Conversion du régime collectif – Programme PRISM CONTINUUM<sup>MD</sup>**

Le programme PRISM CONTINUUM<sup>MD</sup> offre trois régimes qui sont conçus pour vous offrir la protection nécessaire si vous quittez le régime collectif de GSC.

Ce programme peut vous convenir si vous, votre conjoint ou vos enfants à charge avez perdu les garanties du régime collectif de GSC au cours des 60 derniers jours et êtes à la recherche d'une protection garantie.

Composez le 416 601-0429, dans la région de Toronto, ou le numéro sans frais 1 800 667-0429 pour obtenir une trousse d'information, ou visitez notre site Web à l'adresse [greenshield.ca](http://greenshield.ca). La protection est garantie si vous faites votre demande dans les 60 jours suivant la perte de vos garanties du régime collectif de GSC.

## 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 :

- être prescrits par un médecin ou dentiste dûment qualifié, comme la loi l'autorise;
- nécessitent une ordonnance et doivent comporter un numéro d'identification du médicament (DIN); et
- être réglés par paiement direct.

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

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

La quantité distribuée ne doit jamais dépasser un approvisionnement de trois mois (six mois en période de vacances), et de plus de 13 mois dans toute période de 12 mois consécutifs.

#### Substitution par les médicaments génériques

Le montant remboursé équivaudra 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 La quote-part et la franchise (le cas échéant) du régime de médicaments sur ordonnance remboursement des médicaments de votre province de résidence pour les personnes de 65 ans ou plus : **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 garanties pour les médicaments sur ordonnance 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 :

- les produits d'abandon du tabac et les médicaments pour le traitement de l'obésité, du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- les vitamines, autres que les vitamines injectables;



- c) 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;
- d) 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;
- e) 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. Articles et services médicaux :** 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 et le matelas, des bassins de lit, des chaises d'aisance standard, des fournitures pour décubitus (personnes alitées); des tiges à soluté, des lève-personnes portables (y compris les batteries) des perroquets; et des urinoirs;
  - b) les chaussures, 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, tels que les glucomètres et les lancettes;
  - 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 (y compris les batteries de fauteuil roulant);
  - h) les prothèses standard (bras, mains, jambes, pieds, seins, yeux et larynx);
  - i) les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, dispositifs d'inhalothérapie, les fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
  - j) les bas de contention.

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 médecin 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.

2. **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.
3. **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 provincial.
4. **Soins dentaires consécutifs à un accident** : Remboursement des frais de soins dentaires prodigués par un dentiste autorisé à pratiquer sa profession lorsque ces soins portent sur des dents naturelles et 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 reçu dans les 180 jours qui suivent l'accident.

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

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 dans le cadre du régime de soins de santé avant d'être soumises dans le cadre du régime de soins dentaires.

- 5. 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) Lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical lorsqu'une acuité visuelle d'au moins 20/40 ne peut être obtenue d'une autre manière dans le meilleur œil ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou d'une difformité physique faisant en sorte qu'il est impossible de porter des montures normales;
  - c) les examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, un ophtalmologiste ou un médecin autorisé, une fois par période de 24 mois seulement (offerts uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie);
  - d) Pièces de rechange de lunettes d'ordonnance;
  - e) Lunettes de soleil planes prescrites par un médecin dûment autorisé 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;
- 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) une blessure auto-infligée intentionnellement par le membre du régime, sain d'esprit ou non;
  - b) un acte de guerre, déclarée ou non;
  - c) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
  - d) une infraction criminelle;
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. Le fait de remplir une formule de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
5. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
  - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);
  - b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
  - c) Il sera administré dans un hôpital;
  - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien en conformité avec le mode de paiement prévu par le régime de remboursement des médicaments;
  - e) Il n'est pas utilisé ou administré conformément à l'indication approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peut habituellement être utilisé(e) dans le traitement d'autres maladies ou blessures;
6. 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 régulières;
  - g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
  - h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
  - i) Ils sont fournis par 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 qui a quitté le régime provincial d'assurance-maladie qui aurait normalement payé pour le service admissible;
- x) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;  
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
  - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
  - ii) L'engagement financier est terminé.Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- y) 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 l'offre.

## 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 12 mois
  - examens de rappel une fois tous les 12 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
  - résines pour scellement des puits et fissures des molaires seulement, pour les enfants à charge de 14 ans et moins
  - mainteneurs d'espace
2. Services de restauration de base :
  - amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage, amalgames et obturations sédatives temporaires
  - restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent
3. Chirurgie buccale de base :
  - extractions de dents ou de racines résiduelles
4. Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en concomitance avec la chirurgie buccale admissible
5. 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 dentaire et actes dentaires 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
6. 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

## Soins de base étendus

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

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.

## 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.

## Prédétermination

Avant le début du traitement, si le coût total de tout traitement proposé dépasse 300 \$, nous vous recommandons de soumettre une évaluation des frais dûment remplie par votre dentiste.

## Limites

1. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services et sont limités à la quote-part de ces services. Les services de laboratoire qui dépassent 40 % des honoraires du dentiste dans le guide des tarifs applicable du barème des garanties seront réduits en conséquence; la quote-part s'applique alors.
2. Le remboursement sera effectué conformément à la norme ou 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 à un paiement par dent. Les frais supplémentaires exigés pour un accès difficile, une anatomie exceptionnelle, la calcification et les reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais pour canal radiculaire comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
5. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérées comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.

6. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples 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 des services de restauration multiples entre en jeu lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou plus ou de multiples services de parodontie sont exécutés lors d'un même rendez-vous et lorsque le plein tarif du guide des tarifs est facturé pour chaque restauration ou service de parodontie. Le premier service sera payé en entier et tous les autres services seront réduits de 20 %.
8. Le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps que le curetage gingival.
9. Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être soumises dans le cadre du régime de soins de santé avant d'être soumises dans le cadre 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) une blessure auto-infligée intentionnellement par le membre du régime, sain d'esprit ou non;
  - b) un acte de guerre, déclarée ou non;
  - c) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
  - d) une infraction criminelle;
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. Le fait de remplir une formule de demande ou des rapports d'assurance;
5. Tout service dentaire qui n'est pas mentionné dans les codes de procédure établis et maintenus par l'association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni;
6. Implants et services d'implants connexes;
7. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion;
8. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, les réparations et rebasages;
9. Pontiques ou dents postérieures en porte à faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces;
10. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie;
11. Diagnostic ou appareils de repositionnement intrabuccal, y compris l'entretien, les réglages, les réparations et les réfections liés au traitement de la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
12. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
  - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale, ou il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication approuvée par Santé Canada pour l'utilisation);



- b) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
  - c) Il sera administré dans un hôpital;
  - d) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de garanties pour les médicaments sur ordonnance;
  - e) Il n'est pas utilisé ou administré conformément à l'indication approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peut habituellement être utilisé(e) dans le traitement d'autres maladies ou blessures;
13. 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 régulières;
  - g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
  - h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
  - i) Ils sont fournis par 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) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
  - m) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
  - n) Ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
  - o) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été déposées correctement et en temps opportun;
  - p) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;  
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
    - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
    - ii) L'engagement financier est terminé.Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
  - q) 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 l'offre.

## RESSOURCES SUR LE MIEUX-ÊTRE POUR LES ÉTUDIANTS

Le Réseau-santé étudiant national est heureux de vous donner accès à une foule de renseignements sur la santé, des outils, des modules de formation en ligne et des outils de suivi pour vous aider à apporter équilibre et santé à votre vie.

Ces ressources englobent ce qui suit :

<b>Santé mentale</b>	Dépression, aide aux membres de la famille atteints de troubles mentaux, test sur la consommation d'alcool et suivi...
<b>Relations</b>	Amélioration des relations, violence conjugale...
<b>Votre corps</b>	Alimentation saine, facteurs de risque pour la santé, suivi de la mise en forme...
<b>Finances</b>	Réduction de votre dette, planification de votre avenir, établissement d'un budget...
<b>Planification professionnelle</b>	Choix de carrière, aide à l'emploi, gestion du temps...

Rendez-vous à [www.canadianstudentwellness.ca](http://www.canadianstudentwellness.ca) dès aujourd'hui!

## RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

### Demands 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.
- ♦ Rendez-vous à notre site Web à l'adresse [greenshield.ca/studentcentre](http://greenshield.ca/studentcentre) pour transmettre vos questions par courriel.

### Autorisation préalable

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

### Soumission des demandes de règlement

Toutes les demandes de règlement transmises à GSC doivent porter votre numéro d'identification GSC qui figure sur votre carte d'identification GSC.

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 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. Le remboursement peut être refusé si cette directive n'est pas respectée.

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.

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 à : Green Shield Canada

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

## **Remboursement**

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

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

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

## **Paiement direct au fournisseur de services (le cas échéant)**

Indiquer votre numéro 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.

## **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**

Le présent régime pour étudiants de GSC est votre régime principal. Si vous êtes le membre du régime au titre de deux régimes collectifs, la priorité est donnée dans l'ordre suivant :

- 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 présentées 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.

## 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. Il énonce les principes clés suivants :

### 1. Nous vous demandons des renseignements personnels aux fins suivantes :

- Pour établir votre identité.
- Pour vous fournir, ainsi qu'aux personnes à votre charge, la couverture appropriée.
- Pour vous protéger et nous protéger contre les erreurs et les fraudes.
- Pour fournir un accès continu à d'autres services de GSC.

### 2. Consentement

Lorsque vous êtes devenu membre du régime de garanties collectif, vos renseignements personnels ont été obtenus et utilisés avec votre consentement seulement. Nous avons obtenu votre consentement avant :

- de fournir des garanties;
- de vous offrir d'autres services de GSC;
- d'obtenir, d'utiliser ou de divulguer à d'autres personnes, des renseignements sur vous à moins que nous ayons été obligés de le faire par la loi ou pour protéger nos intérêts;
- d'utiliser vos renseignements personnels d'une manière non divulguée auparavant.

Votre consentement peut être explicite ou implicite. Le consentement explicite peut être verbal ou écrit.

Le consentement peut être tacite ou découler de certaines actions. Pour notre groupe existant et les membres du régime et les personnes à leur charge, nous allons continuer d'utiliser et de divulguer vos renseignements personnels déjà recueillis conformément à notre code de confidentialité en vigueur, à moins d'indication contraire de votre part, et en déduire que le consentement a été obtenu par l'utilisation continue.

### 3. Retrait du consentement

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, pourvu qu'il n'y ait pas d'obligation légale ou réglementaire empêchant de le faire.

Si vous ne consentez pas à certaines utilisations de renseignements personnels, ou si vous retirez votre consentement, nous ne serons plus en mesure d'administrer votre couverture. Si c'est le cas, nous vous expliquerons la situation afin de vous aider dans votre décision.

Pour de plus amples renseignements sur nos politiques et procédures de confidentialité, veuillez consulter le site Web de GSC à l'adresse [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

---

# ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

## À L'INTENTION

Association générale des étudiants de l'Université Sainte-Anne

Police SG10303529

### Assurance-vie ACE INA (ACE)

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

#### Qui est admissible?

Tous les étudiants à temps complet et à temps partiel âgés de moins de 70 ans, dont les noms sont sur le fichier avec l'administrateur du régime.

#### TABLEAU DES PERTES

Le montant des garanties pour chaque étudiant admissible est mentionné ci-dessous. Le montant s'applique à chaque étudiant par accident, sous réserve de tous les termes de la police.

**Garantie en cas de Décès et mutilation par accident – Capital assuré: ..... 7 500 \$**

#### Garanties supplémentaires

#### Garanties plafonds

Rapatriement .....	15 000 \$
Réadaptation .....	15 000 \$
Transport de membres de la famille .....	15 000 \$
Formation professionnelle du conjoint.....	15 000 \$
Modification du domicile et du véhicule .....	10 000 \$
Indemnité spéciale pour études .....	5 000 \$
Indemnité pour centre de jour .....	5 000 \$
Port de la ceinture de sécurité.....	10 % du Capital assuré
Rente mensuelle en cas d'hospitalisation .....	2 500 \$
Frais dentaires en cas d'accident.....	1 000 \$
Garantie de remboursement des frais médicaux en cas d'accident.....	10 000 \$
Atteintes esthétiques – Garantie plafond.....	25 000 \$
Identification – Garantie plafond.....	15 000 \$
Deuil .....	500 \$
Frais funéraires.....	2 500 \$
Garantie de psychothérapie .....	5 000 \$
Maintien en vigueur des garanties	
Transformation de l'assurance	
Exonération des primes	

---

## TABLEAU DES PERTES

### Décès et mutilation par accident

Si vous subissez une blessure qui entraîne l'une des pertes spécifiques mentionnées ci-dessous durant l'année qui suit la date de l'accident, ACE versera le pourcentage du capital assuré d'après le montant indiqué dans la section **Tableau des pertes ci-dessus**. Cependant, ACE versera une prestation seulement, à savoir la plus élevée, pour toutes les blessures résultant d'un même accident.

Perte de la vie.....	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds.....	300 %
Perte de la vue complète des deux yeux.....	300 %
Perte d'une main et d'un pied.....	300 %
Perte d'une main et la vue complète d'un oeil.....	300 %
Perte d'un pied et de la vue complète d'un oeil.....	300 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	300 %
Mort cérébrale.....	100 %
Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds ou d'une main et d'un pied ou d'un bras et d'une jambe.....	300 %
Quadriplégie.....	300 %
Paraplégie.....	300 %
Hémiplégie.....	300 %
Perte d'un bras ou d'une jambe.....	225 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.....	225 %
Perte d'une main ou d'un pied.....	210 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	210 %
Perte de la vue complète d'un oeil.....	210 %
Perte de la parole ou de l'ouïe d'une oreille.....	150 %
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	50 %
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main.....	50 %
Perte de quatre doigts de la même main.....	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	150 %
Perte de tous les orteils d'un même pied.....	25 %
Perte d'un doigt.....	10 %

### Exclusions

Le régime ne couvre pas toute perte causée par ou résultant de ce qui suit :

1. blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non ;
2. guerre déclarée ou non, ou acte de guerre ;
3. les voyages à bord d'un aéronef qui appartient ou est loué par le Titulaire de la police, par l'assuré ou par tout membre de sa famille, ou d'un aéronef utilisé aux fins d'épreuves ou d'essais ou pour combattre les incendies, inspecter les lignes de transport d'électricité, inspecter les pipelines, effectuer de la photographie aérienne ou faire de l'exploration ;
4. service actif de l'assuré à temps complet dans les forces armées de tout pays ;
5. les vols effectués en qualité de pilote ou de membre de l'équipage d'un avion ou de tout autre aéronef.



---

## Bénéficiaire

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée (l'étudiant) de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

Il est entendu que l'indemnité advenant le décès accidentel de l'étudiant assuré sera versée au conjoint survivant, qui est légalement marié avec l'étudiant ou qui habite avec l'étudiant et est publiquement reconnue dans leur milieu de vie comme vivant maritalement depuis au moins un an.

Si un étudiant n'a pas de conjoint, les prestations seront versées à parts égales aux enfants légitimes, les enfants issus d'un mariage précédent et les enfants adoptés de l'étudiant. Si un étudiant n'a pas d'enfants, les prestations seront versées aux parents de l'étudiant, sinon à la succession de l'étudiant.

Toutes les autres prestations prévues dans la police seront payables à l'étudiant.

Pour de plus amples informations, prière d'entrer en communication avec l'administrateur du régime.

## DEMANDE D'INDEMNISATION

Advenant un sinistre, vous pouvez communiquer avec ACE, [réclamations](#) ou appelez le (416) 368-2911.

L'avis de sinistre doit être fourni à ACE au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à ACE dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident.

Notice of claim must be given to ACE Life within 30 days from the date of the accident, and subsequent proof of claim must be submitted to ACE Life within 90 days from the date of the accident.

L'omission de présenter une déclaration de sinistre ou une demande d'indemnisation dans les délais prescrits par la disposition de la police n'invalidera pas la demande d'indemnisation si la déclaration ou la demande d'indemnisation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et qu'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite déclaration ou ladite demande d'indemnisation dans lesdits délais. ACE n'acceptera en aucun cas une déclaration de sinistre plus de 1 an après la date du sinistre.

*Le présent résumé a été rédigé pour résumer un régime collectif établi par Assurance-vie ACE INA. Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police. Les droits et obligations des parties aux présents sont régis par le contrat et non par le présent résumé. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime*

**Assurance hors de la province/du Canada de Viator™ Group  
Assurance voyage pour soins médicaux d'urgence**

**Réseau-santé étudiant national**

Police no : ..... 28556323  
Administrateur : ..... Assurance voyage RSA Inc.  
Assureur : ..... Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances

Vous trouverez une description des garanties au lien suivant :

[http://www.rsatravelinsurance.com/nshn/fr/60/PlanSummary\\_fr.html](http://www.rsatravelinsurance.com/nshn/fr/60/PlanSummary_fr.html)

Pour obtenir de l'aide ou des renseignements concernant une demande de règlement ou une couverture, veuillez communiquer avec Global Excel Management Inc., la compagnie nommée par l'assureur pour fournir une aide et des services relatifs aux soins médicaux et aux demandes de règlement aux termes de votre police d'assurance, au numéro sans frais 1 866 870-1898 ou au 819 566-1898.

Pour prolonger la durée de votre couverture, veuillez communiquer avec Assurance voyage RSA Inc. au numéro sans frais 1 877 562-5412 ou au 819 562-5412.

Lorsque vous êtes en déplacement, ayez toujours sur vous la carte d'assurance voyage, que vous obtenez sur le site Web d'Assurance voyage RSA Inc.