



## **Conseil des représentants étudiants de l'Université Bishop's**

Classification :        100 – Étudiants du Québec  
                                  200 – Étudiants hors Québec

Division :                100, 200

Entrée en vigueur : Le 1<sup>er</sup> septembre 2024

# BIENVENUE À VOTRE RÉGIME DE PRESTATIONS

## À PROPOS DE CE LIVRET

Ce livret résume les prestations 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 prestations qui indique les franchises, quotes-parts et maximums qui peuvent avoir une incidence sur le montant qui vous est versé;
- une section Définitions qui explique les termes courants utilisés dans le livret;
- des descriptions détaillées des prestations pour chaque protection prévue par votre régime de prestations collectif;
- les renseignements dont 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.

Votre numéro d'identification GSC doit figurer sur tous vos formulaires de demande de règlement et votre correspondance. Votre numéro d'identification unique est votre numéro d'étudiant précédé de « BIS » et il se termine par « -00 » – p. ex., BIS1234567-00. Si vous avez des personnes à charge admissibles, leur numéro sera le même que le vôtre, sauf qu'il se terminera par leur propre code unique de personne à charge.

## 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

<b>BARÈME DES PRESTATIONS</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
Vous perdez votre régime de garanties collectif?.....	7
<b>DESCRIPTION DES PRESTATIONS</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>15</b>
Soins de base.....	15
Soins de base étendus .....	15
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT</b> .....	<b>20</b>

## BARÈME DES PRESTATIONS

### RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

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

Les prestations de soins de santé s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie ou à un régime provincial équivalent. Les frais indiqués ci-dessous sont admissibles s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure, et le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels, sous réserve des limites et maximums applicables mentionnés ci-après.

<b>Franchise :</b>	Aucune
<b>Couverture de votre régime</b>	
<b>Votre <u>quote-part</u> :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• médicaments sur ordonnance (sauf vaccins) :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• étudiants du Québec</li> <li>• étudiants hors Québec</li> </ul> </li> <li>• vaccins et autres prestations de santé</li> </ul>	0 %, 2 <sup>e</sup> payeur après la RAMQ et les régimes privés 20 % par ordonnance ou renouvellement 0 %
<b>Maximum des médicaments sur ordonnance</b>	10 000 \$ par personne couverte par année de régime
<b>Médicaments sur ordonnance</b> (au Québec seulement, la RAMQ est premier payeur)	
• vaccins	300 \$ par année de régime
• tout autre médicament	Jusqu'au maximum des médicaments sur ordonnance
<b>Hospitalisation</b>	
• Chambre semi-individuelle	Frais raisonnables et habituels
<b>Soins auditifs</b>	500 \$ tous les 60 mois
<b>Articles médicaux et services professionnels</b>	
• Chaussures <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bottes ou chaussures sur mesure</li> <li>• Orthèses sur mesure</li> </ul>	500 \$ par année de régime 500 \$ par année de régime
• Neurostimulateur transcutané (appareil TENS)	700 \$ par année de régime
• Prothèses (bras, jambe, œil, nez, etc.)	10 000 \$ par année de régime
• Réparations de prothèses	10 000 \$ par année de régime
• Prothèse oculaire	200 \$ par chirurgie pour des lunettes pour la cataracte
• Prothèse mammaire externe	200 \$ par année de régime
• Couvre-moignons	5 par année de régime
• Perruques	300 \$ par année de régime

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Musculosquelettique (sauf pour les appareils TENS)</li> <li>• Appareils cardiorespiratoires : oxygène, CPAP, BPAP, APAP</li> <li>• Pompes à perfusion d'insuline et fournitures connexes</li> </ul>	10 000 \$ par année de régime pour les articles combinés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucomètre</li> </ul>	700 \$ à vie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres articles et services – voir la section sur la description des prestations pour plus de détails</li> </ul>	Frais raisonnables et habituels
<b>Transport d'urgence</b>	250 \$ par incident
<b>Soins dentaires consécutifs à un accident</b>	2 500 \$ par incident
<b>Soins infirmiers en service privé à domicile (IA/IAA)</b>	25 000 \$ par année de régime
<b>Services professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Massothérapeute autorisé</li> <li>• Podiatree ou podologue</li> <li>• Naturopathe</li> <li>• Ostéopathe</li> <li>• Thérapeute du sport</li> <li>• Diététiste* ou Programme SoutienDiététiste de GSC</li> <li>• Orthophoniste</li> </ul> <p>* Recommandation d'un médecin (M.D.) ou d'une infirmière praticienne requise</p>	20 \$ par visite, jusqu'à 400 \$ par praticien par année de régime, y compris une radiographie de podiatre et d'ostéopathe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiropraticien</li> </ul>	40 \$ par visite, jusqu'à 600 \$ par année de régime, y compris une radiographie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiothérapeute</li> </ul>	50 \$ par visite, jusqu'à 750 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologue</li> </ul>	50 \$ par visite, jusqu'à 500 \$ par année de régime
<b>Soins de la vue</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical</li> </ul>	200 \$ par période de 24 mois consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie des yeux au laser</li> </ul>	150 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réparations de lunettes pour la vue</li> </ul>	100 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examens de la vue effectués par un optométriste</li> </ul>	60 \$ par année de régime
<b>Service de tutorat</b> <b>Remarque :</b> Vos personnes à charge ne sont pas admissibles à ces prestations	Remboursement de services de tutorat offerts par un enseignant qualifié, à raison de 10 \$ l'heure, jusqu'à 300 \$ par blessure maladie.

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

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

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

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

<b>Franchise :</b>	Aucune	
<b>Guide des tarifs :</b>	Guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire provinciale pour les praticiens généralistes dans la province où les services sont rendus.  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.	
<b>Couverture de votre régime</b>	<b>Votre quote-part</b>	<b>Maximum payé par le régime</b>
Soins de base		1 000 \$ par personne couverte, par année de régime pour les soins de base et les soins de base étendus
• Services de diagnostic et de prévention de base	30 %	
• Service de restauration de base, services généraux complémentaires et chirurgie buccale mineure	40 %	
Soins de base étendus		
• Détartrage parodontal et surfaçage radiculaire	30 %	
• Tous les autres soins de base étendus	40 %	

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

## DÉFINITIONS

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

**Montant permis** désigne, selon GSC :

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

**Année de régime** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1er septembre au 31 août de chaque année.

**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 1er janvier au 31 décembre de chaque année.

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

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

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

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

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

**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 22 ans;

- c) Votre enfant non marié de moins de 26 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.

**Remarque :** Un enfant adopté ne peut être ajouté au régime tant que l'adoption n'est pas officielle et que la garde permanente n'a pas été accordée.

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

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

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

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

**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.

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

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

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

**Montant versé** désigne le montant facturé par un fournisseur pour un service et présenté 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 membre ou membre du personnel de l'association étudiante indiquée sur la 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 votre régime assume l'entière responsabilité de la soumission de tous les formulaires nécessaires à GSC à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de la date à laquelle vous devenez admissible.

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

### Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) date à laquelle vous n'êtes plus un membre ou un membre du personnel de l'association étudiante indiquée sur la couverture du présent livret;
- b) fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- c) date à laquelle le contrat collectif prend fin.

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

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

### Enfants à charge – Maintien de la couverture

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

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

### **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 pour l'un des régimes de soins de santé et de soins dentaires 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 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<sup>MC</sup> LIEN – Achetez directement de GSC**

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

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

## DESCRIPTION DES PRESTATIONS

### RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

Vous pourriez avoir accès à d'autres programmes et services qui ne figurent pas dans le présent livret du régime de prestations. Le cas échéant, rendez-vous sur le portail des participants au régime pour consulter la brochure sur les programmes et services supplémentaires.

#### Médicaments sur ordonnance

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

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

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

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

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

Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable de GSC avant que les frais pour ces médicaments puissent être remboursés. Pour savoir si votre médicament nécessite une autorisation préalable, vérifiez votre couverture en utilisant l'outil de recherche de médicaments en ligne mis à votre disposition sur le portail des participants au régime ou communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GSC.

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

### Substitution par des médicaments génériques

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

#### **REMARQUE :**

Prestations pour les médicaments sur ordonnance pour les personnes de 65 ans et plus :

La quote-part et la franchise (le cas échéant) du régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance de votre province de résidence constituent des frais admissibles.

Résidents du Québec seulement :

Il incombe à l'étudiant de respecter les règlements de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le régime de remboursement des médicaments de votre association étudiante ne remplace pas le régime provincial de la RAMQ; **vous devez vous inscrire au régime de la RAMQ.** Le régime de soins de santé et dentaires des étudiants paie seulement jusqu'à concurrence des maximums indiqués dans le présent livret.

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) Médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- b) Médicaments biologiques de référence pour lesquels il existe un médicament biosimilaire approuvé;
- c) Vitamines qui ne nécessitent pas une ordonnance;
- d) Médicaments de désaccoutumance au tabac et produits de substitution de la nicotine comme les timbres, la gomme, les pastilles et les inhalateurs;
- e) 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) Ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un problème de santé ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- g) Mélanges préparés par un pharmacien qui ne sont pas conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

### Soins de santé complémentaires

**Hospitalisation** : Remboursement, tel qu'il est indiqué dans le barème des prestations, des frais raisonnables et habituels à l'endroit où les services ont été reçus pour l'hébergement dans un hôpital général public, à condition que le régime provincial d'assurance-maladie ait accepté ou convenu de payer le tarif pour une salle commune ou le tarif normal.

**Soins auditifs** : Remboursement des prothèses auditives, batteries (de l'achat initial seulement), réparations ou pièces de rechange, si celles-ci sont recommandées ou approuvées par le praticien dûment qualifié, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations.

**Articles et services médicaux :** Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, à moins d'indication contraire ci-dessous, remboursement des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, le cas échéant, pour :

- a) les articles visant à faciliter la vie quotidienne, comme des lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et les matelas, des bassins de lit, des chaises d'aisance standard, des fournitures pour décubitus (personnes alitées), des tiges à soluté, des lève-personnes portables, des perroquets/poteaux d'appui et des urinoirs;
- b) les chaussures, lorsque prescrites par votre médecin traitant, infirmier praticien, podiatre ou podologue et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podo-orthésiste :
  - i) orthèses plantaires sur mesure ou ajustements aux orthèses plantaires sur mesure,
  - ii) bottes ou chaussures sur mesure, chaussures orthopédiques, ajustements aux chaussures orthopédiques, ou chaussures faisant partie d'un appareil orthopédique (sous réserve d'une autorisation médicale préalable);
- c) les appareils orthopédiques, les plâtres;
- d) le matériel pour personnes diabétiques, comme :
  - i) glucomètres;
  - ii) pompes à insuline et fournitures connexes;
  - iii) systèmes de contrôle du glucose (SCG) comme les appareils de contrôle continu et ponctuel assujettis à une autorisation médicale préalable et dont le montant du remboursement équivaut au coût d'un glucomètre. Les fournitures de SCG jetables (utilisées avec l'appareil) telles que les capteurs et les transmetteurs, sans pour autant se limiter à ceux-ci, sont incluses et assujetties à tout maximum annuel global applicable aux agents réactifs pour personnes diabétiques de même qu'au matériel et aux fournitures de contrôle;
- e) les services médicaux, comme les tests de diagnostic, radiographies et 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, béquilles, déambulateurs et fauteuils roulants;
- h) les prothèses standard (bras, mains, jambes, pieds, seins, soutien-gorge mastectomie, yeux et larynx);
- i) les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, dispositifs d'inhalothérapie, fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
- j) les bas de contention avec pression d'au moins 15 mm Hg;
- k) les perruques, en cas de perte des cheveux temporaire ou permanente attribuable à un problème de santé.

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

### Limites

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

**Transport d'urgence** : Remboursement du transport professionnel en ambulance terrestre ou aérienne jusqu'à l'hôpital le plus près doté de l'équipement nécessaire pour offrir le traitement requis, en cas de nécessité médicale attribuable à une blessure, une maladie ou une invalidité physique grave, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations.

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

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

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

**NOTE** :

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

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

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

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

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

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

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

- a) lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
- b) lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical lorsqu'une acuité visuelle d'au moins 20/40 ne peut être obtenue d'une autre manière dans le meilleur œil ou lorsque cela est nécessaire en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, d'une courbure irrégulière de la cornée ou d'une difformité physique faisant en sorte qu'il est impossible de porter des montures normales;
- c) examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, ophtalmologiste ou médecin autorisé (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) chirurgie des yeux au laser.

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- lunettes de soleil sans ordonnance prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques;
- traitement médical ou chirurgical;
- procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- rendez-vous de suivi pour la fourniture et l'ajustement de lentilles cornéennes;
- frais relatifs aux étuis à lunettes.

## Exclusions des prestations de soins de santé

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

1. services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
  - a) un acte de guerre, déclarée ou non,
  - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils,
  - c) une tentative d'infraction criminelle, une infraction criminelle ou un acte illégal;
2. services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. omission de se présenter à un rendez-vous avec un dentiste dûment qualifié;
4. traitement, médicament, fournitures ou service non urgents reçus à l'extérieur du Canada;
5. frais pour traduire ou remplir des formulaires de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
6. toute forme de cannabis thérapeutique pour le traitement d'un problème de santé, indépendamment du fait qu'elle soit autorisée au moyen d'un document médical ou d'une ordonnance rédigés par un médecin praticien légalement autorisé, et obtenue auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada en vertu de toute loi ou de tout règlement fédéral ou provincial concernant l'accès au cannabis à des fins médicales ou sa distribution;
7. tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :
  - a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale,
  - b) Il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût) selon le processus de revue des médicaments de GSC, peu importe si son utilisation a été approuvée par Santé Canada,
  - c) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime,
  - d) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada,
  - e) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance,
  - f) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures (emploi non conforme à l'étiquette);
8. les services ou fournitures répondant aux critères suivants :
  - a) Ils ne sont pas recommandés, fournis ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi,
  - b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement,
  - c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, un organisme équivalent ou une partie autre que GSC, le promoteur de votre régime ou vous-même,
  - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué,
  - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié,
  - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières,



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

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les frais indiqués ci-dessous seront admissibles s'ils sont basés sur les frais raisonnables et habituels d'un dentiste autorisé à exercer sa profession, conformément au guide des tarifs et au maximum indiqué dans le barème des prestations.

### Soins de base

Services de diagnostic et de prévention de base :

- examens buccaux complets, une fois tous les 3 ans, en fonction de la date de la première demande de règlement payée;
- examens buccaux d'urgence et spécifiques;
- radiographies complètes et panoramiques, une fois tous les 3 ans;
- radiographies interproximales, une fois par période de 6 mois;
- examens de rappel, une fois par période de 6 mois;
- nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de polissage et 1 unité de détartrage), une fois par période de rappel;
- application topique de fluorure, une fois par période de rappel;
- conseils d'hygiène buccodentaire, une fois par période de rappel;
- nettoyage des prothèses dentaires, une fois par période de rappel;
- scellement des puits et fissures des molaires seulement, pour les personnes couvertes de 16 ans et moins;
- mainteneurs d'espace, pour les personnes couvertes de 16 ans et moins;
- meulage des dents.

Services de restauration de base :

- amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage (payées à hauteur du métal complet sur molaire) et obturations sédatives temporaires;
- restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent.

Chirurgie buccale mineure :

- extractions de dents ou de racines résiduelles.

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

### Soins de base étendus

Services de prothèses standard :

- réparation de prothèses dentaires ou ajout de dents;
- regarnissage et rebasage standard de prothèses dentaires, au plus tôt 6 mois après la mise en place initiale d'une prothèse;
- ajustements de prothèses dentaires et procédures de remontage et d'équilibrage, au plus tôt 3 mois après la mise en place d'une prothèse;
- garnitures de conditionnement des tissus mous sur les gencives pour favoriser la guérison

#### Chirurgie buccale complète :

- exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dents;
- rénovation et remodelage – façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive;
- excision – ablation de kystes et de tumeurs;
- incision – drainage ou exploration de tissus mous ou durs;
- fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacérations des tissus mous;
- malformations maxillofaciales – frénectomie – chirurgie sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche.

#### Traitement endodontique, 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 et hémisection radiculaire;
- blanchiment des dents non vitales;
- procédures d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent.

#### Traitement parodontal de l'os et des gencives malades, y compris :

- détartrage parodontal, 4 unités de temps par année de régime;
- surfaçage radiculaire, 8 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 période de 12 mois, en fonction de la date de la première demande de règlement payée;

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

- appareil contre le bruxisme, maximum de un par période de 24 mois.

#### **Clause de traitement équivalent**

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

#### **Prédétermination**

Avant le début du traitement, votre dentiste doit soumettre une évaluation, y compris les documents à l'appui comme des photos numériques et des radiographies, pour tout traitement proposé dont le coût total dépasse 500 \$. 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 du traitement, l'analyse de votre demande sera retardée.

## Limites

1. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services et sont limités à la quote-part de ces services. Les services de laboratoire qui dépassent 40 % des honoraires du dentiste dans le guide des tarifs applicable du barème des prestations seront réduits en conséquence; la quote-part s'applique alors.
2. Le remboursement sera effectué selon les services, fournitures ou traitements de base ou standard. Les dépenses connexes au-delà des services, fournitures ou traitements de base ou standard resteront à votre charge.
3. Le remboursement sera calculé au prorata et réduit en conséquence, lorsque le temps passé par le dentiste est inférieur au temps moyen attribué à un code de procédure de soins dentaires dans le guide des tarifs applicable du barème des prestations.
4. Le remboursement des frais de traitement de canal sera limité à un seul paiement par dent. Les frais supplémentaires exigés pour un accès difficile, une anatomie exceptionnelle, la calcification et les reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais pour canal radiculaire comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
5. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérées comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.
6. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples opérations parodontales, sont exécutées lors d'un même rendez-vous dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur de réduction pour services multiples.
7. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des services de périodontie multiples sont effectués au cours du même rendez-vous et que le plein tarif selon le guide est facturé pour chaque obturation ou service de périodontie; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
8. 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 au titre du régime de soins de santé avant d'être soumises au titre du régime de soins dentaires.

## Exclusions des prestations de soins dentaires

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

1. services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
  - a) un acte de guerre déclarée ou non,
  - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils,
  - c) une tentative d'infraction criminelle, une infraction criminelle ou un acte illégal;
2. services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. omission de se présenter à un rendez-vous avec un dentiste dûment qualifié;
4. traitement, médicament, fournitures ou service non urgents reçus à l'extérieur du Canada;
5. frais pour traduire ou remplir des formulaires de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
6. tout 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 et services liés à un implant;
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, 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 le processus de revue des médicaments de GSC, peu importe si son utilisation a été approuvée par Santé Canada,
  - c) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime,
  - d) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada,
  - e) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime de prestations pour les médicaments sur ordonnance,
  - f) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures (emploi non conforme à l'étiquette);

14. les services ou fournitures répondant aux critères suivants :

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

### Demandes de renseignements

Pour des renseignements détaillés :

- ♦ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 525-7587 pour déterminer l'admissibilité d'un article ou d'un service en particulier et les conditions d'autorisation préalable de GSC, ou
- ♦ Visitez notre site Web à [greenshield.ca/etudiant](https://greenshield.ca/etudiant) 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

Toutes les demandes de règlement soumises à GSC doivent porter votre numéro d'identification GSC. Votre numéro d'identification GSC est votre numéro d'étudiant précédé de « **BIS** » – p. ex., **BIS111222333**.

Les reçus détaillés originaux sont nécessaires aux fins de remboursement (**les reçus de caisse ou de carte de crédit seuls ne sont pas acceptables 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, la déclaration inexacte ou la falsification délibérée de tout renseignement concernant une demande de règlement constituent une fraude. La soumission d'une demande de règlement frauduleuse constitue un acte criminel et sera signalée aux autorités de police ou aux organismes de réglementation compétents et au promoteur de votre régime. Elle pourrait entraîner la résiliation de la couverture dans le cadre du présent régime de prestations.

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

### Remboursement

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

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

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

### Paiements excédentaires

GSC se réserve le droit de recouvrer tous les paiements excédentaires ou non justifiés de 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 aurez payé la quote-part applicable, le fournisseur facturera GSC directement et, dans bien des cas, le paiement lui sera versé directement. La plupart des fournisseurs ont également des formulaires de demande de règlement.

### **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 protections fournies par GSC ou à des paiements effectués pas GSC. Dans les cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

### **Coordination des prestations (CDP)**

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

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

### **Membre du régime de GSC**

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

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

### **Conjoint**

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



## Enfants

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

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

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

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

## Accès à l'information

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

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

GSC pourrait exiger des frais pour fournir des copies supplémentaires.