



Université Laval

Classification : Toutes les personnes retraitées admissibles

Divisions : 230, 240, 330, 350 et 360

Entrée en
vigueur : Le 1^{er} novembre 2023

Les divisions en un coup d'œil

Veillez noter que les garanties et protections pour chaque division sont décrites en détail dans les pages suivantes de cette brochure.

Personnes retraitées de moins de 65 ans*

Division 240

- Assurance-médicaments (conformément à la liste de la RAMQ seulement – selon les paramètres de la RAMQ)

Division 230

- Assurance-médicaments
- Assurance soins de santé
- Assurance voyage et annulation voyage

**L'âge est celui de la personne retraitée. Ainsi, les conjoints qui atteignent 65 ans conservent la couverture de cette division jusqu'à ce que la personne retraitée atteigne 65 ans.*

Personnes retraitées de 65 ans et plus*

Veillez noter que l'assurance est facultative si vous avez plus de 65 ans.

Division 350

- Assurance-médicaments (liste RAMQ exclue)
- Assurance soins de santé
- Assurance voyage et annulation voyage

Division 330

- Assurance-médicaments
- Assurance soins de santé
- Assurance voyage et annulation voyage

**L'âge est celui de la personne retraitée. Ainsi, les conjoints de moins de 65 ans conservent la couverture de cette division.*

Conjoints survivants

Division 360

- Assurance-médicaments (sauf les médicaments de la liste de la RAMQ)
- Assurance soins de santé
- Assurance voyage et annulation voyage

BIENVENUE À VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Ce sommaire contient des renseignements importants concernant votre régime d'assurance collective, qui vous est offert par l'Université Laval, promoteur de régime, en vertu du contrat collectif souscrit auprès de Green Shield Canada (GSC), en vigueur le 1^{er} novembre 2023.

SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Les [prestations de soins de santé](#) s'ajoutent à votre régime provincial d'assurance-maladie. 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.

	Les personnes retraitées couvertes par un régime d'assurance médicaments et de soins de santé (divisions 230, 330, 350* et 360*) *les médicaments couverts par la RAMQ ne sont pas inclus	Les personnes retraitées âgées de moins de 65 ans couvertes par le régime d'assurance médicaments seulement (division 240)* *régime équivalent à la RAMQ
Franchise par année civile (par personne/par famille) :	145 \$/170 \$, y compris un solde reporté de 3 mois	Montant égal à la franchise de la RAMQ
Maximums Orthèses, chaussures orthopédiques, prothèses, bas de contention et articles de compression vasculaire :	300 \$ par année civile	Aucune couverture
Maximum global pour soins de santé :	Illimité	Illimité
Votre quote-part Médicaments sur ordonnance :	25 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	Quote-part égale à celle de la RAMQ
Hospitalisation :	0 %	Aucune couverture
Toutes les autres prestations de soins de santé :	20 %	Aucune couverture
Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime	
Médicaments sur ordonnance (substitution obligatoire par des médicaments génériques)	Illimité	Illimité
Hospitalisation	Chambre à deux lits ou chambre individuelle	Aucune couverture
Orthèses/chaussures orthopédiques Bottes ou chaussures sur mesure : Orthèses sur mesure :	Frais raisonnables et habituels 300 \$ tous les 24 mois	Aucune couverture Aucune couverture
Services professionnels Chiropraticien	900 \$ par année civile pour tous les praticiens combinés 450 \$ par année civile et 20 \$ par année civile pour des radiographies	Aucune couverture

Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, technologue en physiothérapie (pour les résidents du Québec seulement)	450 \$ par année civile pour tous les praticiens combinés	Aucune couverture
Podologue, podiatre	300 \$ par année civile pour les praticiens combinés	
Kinésiologue, kinésithérapeute	300 \$ par année civile pour les praticiens combinés	
Ostéopathe, ergothérapeute, psychologue, diététiste, homéopathe, acupuncteur	300 \$ par année civile par type de praticien	

SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOYAGE (non offert pour la division 240)

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

Franchise par année civile (<u>par personne/par famille</u>) :	Aucune franchise
Votre quote-part :	0 %
Nombre maximum de jours par voyage :	60
Couverture de votre régime	Maximum payé par le régime
Services en cas d'urgence, y compris l'annulation voyage pour des raisons de santé :	5 000 000 \$ par incident
Services d'orientation :	75 000 \$ par année civile

Avant de partir en voyage, visitez le site greenshield.ca pour obtenir des renseignements importants dont vous aurez besoin si vous êtes en situation d'urgence médicale pendant votre voyage.

AU SUJET DE CE SOMMAIRE

Ce sommaire vise à vous donner un aperçu des couvertures offertes. Le détail de ces couvertures, y compris les limites et exclusions applicables aux prestations figurant dans ce sommaire, est fourni dans la présente brochure et est accessible aussi sur le portail des membres en ligne à greenshield.ca.

Ce sommaire 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 sommaire. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens.

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

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

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.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
ADMISSIBILITÉ	3
Pour vous	3
Pour les personnes à votre charge	3
Date d'entrée en vigueur.....	3
Pour les personnes retraitées de moins de 65 ans (divisions 230 et 240).....	3
Événements de vie	4
Résiliation	4
Maintien de la couverture pour les enfants à charge invalides	4
Maintien de la couverture pour le conjoint survivant.....	5
Vous perdez votre régime d'assurance collective?	5
Régimes SantéAssurée ^{MC} LIEN – Achetez directement de GSC	5
DESCRIPTION DES PRESTATIONS	6
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ	6
Médicaments sur ordonnance.....	6
Soins de santé complémentaires	8
VOYAGES	13
RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	23
SERVICE À LA CLIENTÈLE	26

DÉFINITIONS

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

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

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

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

Chambre individuelle pour l'hospitalisation désigne une pièce ne comportant qu'un lit de traitement.

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

Frais raisonnables et habituels font référence, de l'avis de GSC, aux frais normalement demandés par le fournisseur pour le même service ou produit et qui correspondent généralement aux frais en vigueur dans la région où ils sont perçus pour un même service ou produit.

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

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

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

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

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

Montant permis désigne, selon GSC :

- Médicaments – politique nationale de tarification de GSC ou frais [raisonnables et habituels](#);
- Soins de santé complémentaires – frais raisonnables et habituels pour le service ou le produit, jusqu'à concurrence des montants exigés dans la région où les frais sont engagés pour un service ou un produit semblable.

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

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

- 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. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat collectif.
- Votre enfant non marié qui :
 - a moins de 21 ans;
 - a moins de 26 ans et est inscrit et suit des cours à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
 - peu importe son âge, est devenu totalement invalide alors qu'il était admissible et inscrit à ce régime, était invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu.

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

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

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

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

Solde reporté désigne le montant des demandes de règlement pour des dépenses engagées durant les 3 derniers mois de l'année civile qui peut être appliqué à la franchise de l'année suivante.

ADMISSIBILITÉ

Pour vous

Pour être admissible à la couverture en tant que membre du régime retraité, vous devez :

- être résident du Canada;
- être couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie; et
- être un ancien employé de l'Université Laval et recevoir une rente de retraite du Régime de retraite des professeurs et professeures de l'Université Laval, du Régime de retraite des employés et employées de l'Université Laval ou du Régime de retraite du personnel professionnel de l'Université Laval; ou être un ancien employé de l'Université Laval couvert dans le cadre d'une entente spéciale conclue avec une organisation comme la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA). Toutefois, ce régime ne couvre pas les personnes qui bénéficiaient d'une rente différée avant leur départ à la retraite ou quiconque n'était pas admissible au régime d'assurance collective de l'Université Laval avant leur départ à la retraite. Sans égard à ce qui précède, si la rente de retraite est inférieure à la prime payable, la personne est présumée inadmissible au présent régime, car elle ne remplit pas les critères de la présente définition.

Pour les personnes à votre charge

Pour être admissible à la couverture :

- vous devez être couvert par le présent régime;
- chaque personne à charge doit répondre à la définition de personne à charge; et
- être couverte par un régime provincial d'assurance-maladie.

Date d'entrée en vigueur

Votre couverture débute à la date indiquée sur votre confirmation d'admissibilité. Cette date ne peut être antérieure à la date de votre départ à la retraite..

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

Si vous avez moins de 65 ans, la couverture est obligatoire. Vous ne pourrez vous exempter sauf si vous êtes couvert par un autre régime d'assurance collective. Vous devez informer votre administrateur de régime de tout changement à votre statut familial dans les 31 jours suivant ce changement.

Si vous avez 65 ans et plus et que vous vous êtes exempté de l'assurance collective, vous ne pouvez adhérer de nouveau au régime qu'après un événement de vie. Si vous avez renoncé à la couverture, vous ne pourrez adhérer de nouveau au régime.

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

Pour les personnes retraitées de moins de 65 ans (divisions 230 et 240)

Lorsque vous adhérez au régime, vous pouvez choisir entre un régime d'assurance médicaments et de soins de santé ou un régime d'assurance médicaments seulement. Vous devrez conserver ce régime pendant les périodes décrites ci-dessous, à moins qu'un événement de vie ne survienne.

- Si vous choisissez le régime d'assurance médicaments et de soins de santé (division 230), vous devrez maintenir cette couverture pendant 24 mois avant de pouvoir changer pour le régime d'assurance médicaments seulement.
- Si vous choisissez le régime d'assurance médicaments seulement (division 240), vous devrez maintenir cette couverture pendant 12 mois avant de pouvoir changer pour le régime d'assurance médicaments et de soins de santé.

Lorsque vous atteignez 65 ans, vous devez choisir si vous désirez conserver votre régime, sans quoi votre couverture prendra fin.

Événements de vie

Si un événement de vie admissible survient, vous pouvez choisir de modifier votre régime dans les 31 jours suivant l'événement. Un événement de vie est un changement qui survient dans votre situation personnelle qui nécessite un changement au niveau de votre couverture d'assurance.

Les événements de vie admissibles comprennent :

- a) la naissance ou l'adoption d'un enfant;
- b) le changement de l'admissibilité d'un enfant à charge;
- c) le décès du conjoint ou d'un enfant à charge;
- d) le changement de l'état matrimonial;
- e) la perte ou l'obtention de la couverture du conjoint sous un autre régime.

Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes *:

- la date de votre décès;
- fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- date à laquelle le contrat collectif prend fin.

* Si vous aviez moins de 65 ans au moment de votre retraite, vous devrez, lorsque vous atteindrez l'âge de 65 ans, faire part de votre intention de continuer à participer au régime, sans quoi votre couverture prendra fin. Vous ne pourrez adhérer de nouveau au régime si vous décidez de mettre fin à votre couverture, à moins qu'un événement de vie admissible ne soit survenu et que vous étiez couvert par un autre régime d'assurance collective. Le cas échéant, vous devez soumettre votre demande d'adhésion dans les 31 jours suivant cet événement de vie.

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

- date à laquelle votre couverture prend fin;
- date à laquelle votre personne à charge n'est plus une personne à charge admissible;
- date à laquelle votre enfant à charge atteint l'âge limite spécifié selon la définition de personne à charge;
- date marquant la fin de la période pour laquelle des montants ont été versés pour la couverture de la personne à charge;
- date à laquelle le contrat collectif prend fin.

Maintien de la couverture pour les enfants à charge invalides

Alors que vous êtes couvert au titre du présent régime, 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 :

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

Maintien de la couverture pour le conjoint survivant

Dans le cas de votre décès durant la couverture, celle-ci se poursuivra pour votre conjoint admissible couvert jusqu'à la première des dates suivantes :

- date à laquelle la personne couverte ne serait plus considérée comme une personne à charge au titre du régime si vous étiez encore en vie;
- date à laquelle la protection prévue pour le conjoint qui est couvert prend fin.

Veillez noter que la couverture est maintenue pendant les 12 premiers mois, sans paiement de primes. Par la suite, le conjoint ne peut la maintenir que s'il reçoit une rente de l'un des régimes à prestations déterminées de retraite de l'Université Laval.

Votre conjoint sera transféré dans la division 360 à la suite de votre décès.

Vous perdez votre régime d'assurance collective?

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

Régimes SantéAssurée^{MC} LIEN – Achetez directement de GSC

Visitez SanteAssuree.ca pour obtenir plus de renseignements sur les options offertes par les régimes SantéAssurée^{MC} LIEN. Vous pouvez y demander une trousse d'information, obtenir des soumissions et souscrire votre couverture en ligne. C'est simple et rapide. Vous pouvez aussi nous appeler au 1 844 753-7873 – nous pourrions répondre à vos questions et prendre votre demande d'adhésion par téléphone.

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

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Les frais indiqués dans cette section sont admissibles, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure. Le remboursement sera limité aux frais [raisonnables et habituels](#), sous réserve des limites et maximums indiqués dans le Sommaire des prestations et dans la Description des prestations.

Médicaments sur ordonnance

Remboursement des médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire 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 comportent un numéro d'identification du médicament (DIN);
- c) sont approuvés dans le cadre du processus de revue des médicaments de GSC; et
- d) sont soumis par paiement direct*.

*Si vous décidez de ne pas utiliser votre carte de paiement direct au moment de l'achat de vos médicaments sur ordonnance et de payer le fournisseur directement, vous pouvez soumettre votre demande de règlement manuellement à GSC. Comme le remboursement est limité au montant que GSC aurait payé au fournisseur, il se peut que vous ayez à assumer une partie des frais.

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 de médicaments comprend les droits suivants :

- ajouter un médicament aux formulaires de médicaments de GSC;
- exclure ou retirer un médicament des formulaires de médicaments 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 de médicaments, 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 du même traitement moins coûteux, 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, lancettes et aiguilles pour personnes diabétiques et agents réactifs).

Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable de GSC avant que les frais pour ces médicaments puissent être remboursés.

La quantité distribuée ne doit jamais dépasser un approvisionnement de 3 mois (6 mois en période de vacances) ni de plus de 13 mois au cours de toute période de 12 mois consécutifs.

Substitution obligatoire par des médicaments génériques

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

NOTE :

Résidents hors Québec de plus de 65 ans

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

Résidents du Québec seulement

La loi oblige GSC à se conformer aux directives de remboursement de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour tous les résidents du Québec. Si des dispositions de ce régime ne répondent pas aux exigences minimales de la RAMQ, les modifications nécessaires se font automatiquement.

Divisions 230 (personnes retraitées de moins de 65 ans) et 330 (personnes retraitées de 65 ans et plus) : Vous devez vous inscrire au régime d'assurance médicaments de GSC et GSC sera le seul payeur.

Division 240 (personnes retraitées de moins de 65 ans) :

Vous devez vous inscrire au régime d'assurance médicaments de GSC, et GSC sera le seul payeur. Cependant, seuls les médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ peuvent être soumis à GSC à des fins de remboursement.

Divisions 350 (personnes retraitées de 65 ans et plus) et 360 (conjoints survivants) :

En plus d'adhérer au régime d'assurance médicaments de GSC, vous devez être inscrit au régime d'assurance médicaments de votre province de résidence (RAMQ pour les résidents du Québec). La RAMQ sera le seul payeur pour tous les médicaments admissibles à son régime d'assurance médicaments. Les demandes de règlement pour les médicaments qui ne sont pas couverts par la RAMQ doivent être soumises à GSC.

Médicaments sur ordonnance exclus

Les médicaments ci-dessous sont exclus, et aucun remboursement ne sera effectué pour :

- médicaments pour le traitement de l'obésité, du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- [médicaments biologiques de référence](#) pour lesquels il existe un médicament [biosimilaire](#) approuvé;
- vitamines qui ne nécessitent pas d'ordonnance;
- vaccins;
- produits qui peuvent être légalement vendus ou offerts à la vente autrement que par les pharmacies de détail, et qui ne sont pas normalement considérés par les praticiens comme des médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire ou obligatoire, sauf s'ils sont expressément désignés et admissibles comme « médicaments sur ordonnance »;
- 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;
- mélanges préparés par un pharmacien qui ne sont pas conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

Soins de santé complémentaires

Hospitalisation : l'hospitalisation (comme indiqué dans le Sommaire des prestations) sera limitée à 75 \$ par jour, pour un maximum de 90 jours par année civile pour l'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation certifiée. L'admission doit être dans les 14 jours qui suivent le congé de l'hôpital. La couverture ne comprend pas les centres de soins de longue durée, les résidences pour personnes âgées ou atteintes d'une maladie chronique, les centres d'hébergement pour personnes atteintes de maladies mentales, les maisons de repos ou les centres de traitement des dépendances.

Articles et services médicaux : Sauf indication contraire, les articles et services médicaux ci-dessous doivent être prescrits par un praticien dûment qualifié. Le remboursement est limité aux frais [raisonnables et habituels](#) jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, le cas échéant.

- Articles visant à faciliter la vie quotidienne, notamment :
 - lits manuels semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et les matelas;
 - bassins de lit, chaises d'aisance standard, urinoirs;
 - fournitures pour décubitus (personnes alitées), lève-personnes portables (y compris les batteries), perroquets/poteaux d'appui et tiges à soluté.
- Chaussures, lorsqu'elles sont prescrites par votre médecin traitant, infirmier praticien, podiatre ou podologue et fournies par votre podiatre, podologue, chiropraticien, orthésiste ou podo-orthésiste :
 - Orthèses plantaires sur mesure ou réparations aux orthèses plantaires sur mesure :
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.
 - Bottes ou chaussures sur mesure, ajustements ou réparations aux [chaussures orthopédiques](#), ou chaussures faisant partie d'un appareil orthopédique (sous réserve d'une autorisation médicale préalable).
Bottes ou chaussures sur mesure désignent les bottes ou chaussures utilisées par une personne dont l'état ne lui permet pas de porter les bottes ou chaussures normalement offertes sur le marché. La fabrication de telles bottes ou chaussures consiste à faire un moulage unique des pieds de la personne couverte et à utiliser 100 % de matières premières. Elles sont utilisées en cas d'anomalies osseuses et structurelles des pieds et des jambes résultant de traumatismes, de maladies ou de malformations congénitales.
- Matériel et fournitures pour personnes diabétiques, notamment :
 - glucomètres;
 - systèmes de contrôle du glucose (SCG) comme les appareils de contrôle continu et ponctuel assujettis à une autorisation médicale préalable et dont le montant du remboursement équivaut au coût d'un glucomètre. Les fournitures de SCG jetables (utilisées avec l'appareil) telles que les capteurs et les transmetteurs, sans pour autant se limiter à ceux-ci, sont comprises et assujetties au maximum annuel global applicable aux agents réactifs pour personnes diabétiques de même qu'au matériel et aux fournitures de contrôle.
- Services médicaux, notamment :
 - tests diagnostiques et de laboratoire;
 - radiographies;
 - imageries par résonance magnétique (IRM);
 - échographies (pour les résidents du Québec seulement);
 - soins d'un médecin pour une chirurgie cosmétique à la suite d'un accident, maximum de 15 000 \$ par accident. Les soins doivent débuter dans les 12 mois et prendre fin dans les 36 mois suivant l'accident.
- Articles médicaux, notamment :
 - appareils orthopédiques et plâtres;

- neurostimulateurs électriques transcutanés externes, maximum de 1 appareil par période de 60 mois.
- Articles d'incontinence ou de stomie, notamment les fournitures de cathétérisme et de stomie;
- Aides à la mobilité, notamment :
 - cannes, béquilles et déambulateurs;
 - fauteuils roulants et scooters, y compris les batteries (les fauteuils roulants et scooters électriques ne sont admissibles que pour les personnes quadriplégiques).
- Prothèses standard, notamment :
 - bras, main, jambe, pied, œil, larynx;
 - prothèse mammaire externe;
 - soutien-gorge (mastectomie).
- Articles cardiorespiratoires, notamment :
 - compresseurs et dispositifs d'inhalation;
 - oxygène et équipement pour son administration;
 - fournitures de trachéotomie.
- Bas de contention avec pression d'au moins 15 mm Hg, maximum de 2 paires par période de 4 mois.
- 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 l'admissibilité avant d'acheter ou de louer de l'équipement, envoyez un formulaire d'autorisation préalable à GSC.

Limites

- 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. L'équipement qui a été remis à neuf par le fournisseur pour la revente n'est pas admissible aux prestations.
- 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.
- Quand l'équipement 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 l'équipement. Les articles qui ne sont pas principalement médicaux de nature ou qui sont conçus pour offrir confort et commodité ne sont pas admissibles.

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

Soins infirmiers en service privé à domicile : Remboursement des services prodigués à domicile par un infirmier autorisé (inf. aut.) ou par un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.) par visite ou par quart de travail, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile. 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 inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des prestations, lorsque le praticien qui fournit le service est autorisé par son organisme de réglementation provincial ou est un membre enregistré d'une association professionnelle et que cette association est reconnue par GSC. Veuillez communiquer avec le Centre de service à la clientèle de GSC pour confirmer l'admissibilité du praticien.

Remarque : 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 la date de l'accident et être terminé dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident.

GSC ne peut être tenue responsable des services fournis après 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 parodontie 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 fournis. 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 d'un régime de soins dentaires dont vous pourriez bénéficier par le biais de toute autre couverture.

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 médecin ou dentiste dûment qualifié.
4. Traitements, médicaments, fournitures ou services non urgents reçus à l'extérieur du Canada.
5. Frais pour faire 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 qui :
- a) 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) 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) est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
 - d) est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
 - e) n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime d'assurance collective pour les médicaments sur ordonnance;
 - f) 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. Services ou fournitures :
- a) qui 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) qui sont légalement exclus par le gouvernement;
 - c) que vous n'êtes pas obligé de payer ou pour lesquels aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou pour lesquels 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) qui 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) qui 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) qui sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
 - g) qui sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
 - h) qui 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) qui sont fournis par le promoteur de votre régime ou un praticien employé par le promoteur de votre régime, en dehors du cadre d'un programme d'aide aux employés;
 - j) qui 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) qui sont des vidéos éducatives, des manuels d'information ou des brochures;
 - l) qui sont fournis pour un traitement visuel médical ou chirurgical (sauf si celui-ci est expressément désigné et admissible au titre du régime) ou un traitement auditif médical ou chirurgical;
 - m) qui sont des procédures particulières ou inhabituelles comme l'entraînement visuel (sauf si elles sont expressément désignées et admissibles au titre du régime), le traitement orthoptique, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
 - n) qui sont des frais de livraison et de transport;
 - o) qui concernent des pompes à insuline et des fournitures connexes (sauf celles expressément désignées et admissibles au titre du régime);
 - p) qui concernent des examens audiométriques ou des tests d'évaluation d'appareils auditifs (sauf ceux expressément désignés et admissibles au titre du régime), ou des examens médicaux;

- q) qui sont des batteries, sauf si ces dernières sont expressément admissibles au titre d'une protection;
- r) qui sont des dispositifs ou des appareils prothétiques de rechange;
- s) qui 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) qui 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 qui 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) qui ont déjà été fournis ou payés par un organisme gouvernemental, mais qui 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) qui 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) qui sont fournis par un praticien qui a quitté le régime provincial d'assurance-maladie qui aurait normalement payé pour le service admissible;
- x) qui 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) qui sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture en question.

VOYAGES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Compagnon de voyage désigne toute personne qui a payé d'avance son hébergement ou son transport avec la personne couverte pour le même voyage couvert.

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

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

Les dépenses de voyage admissibles comprennent ce qui suit :

Services hospitaliers et hospitalisation

- selon le tarif standard pour une salle commune dans un hôpital général public;
- jusqu'à 350 \$ pour les dépenses personnelles telles que le téléphone, la location de téléviseurs et le stationnement.

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

Transport d'urgence

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

Services d'orientation – frais d'hospitalisation, médicaux, chirurgicaux et de transport raisonnables et habituels qui dépassent les frais couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province ou territoire pour vous et un accompagnateur approuvé.

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

Services d'un infirmier autorisé privé jusqu'à un maximum de 10 000 \$ par année civile, au tarif [raisonnable et habituel](#) pratiqué par une infirmière ou un infirmier autorisé à l'endroit où le traitement est donné. Vous devez obtenir une autorisation préalable auprès du service Assistance voyage de GSC.

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

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

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

Traitement par un dentiste, seulement en cas d'urgence pour :

- les services et traitements nécessaires en raison d'un coup accidentel directement à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 500 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être fournis dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les détails de l'accident doivent être fournis au service Assistance voyage de GSC, accompagnés des radiographies dentaires;
- le traitement pour soulager la douleur dentaire, jusqu'à concurrence de 500 \$ par voyage.

Retour à la maison – lorsque votre maladie ou blessure nécessitant des soins d'urgence est telle que :

- Le service Assistance voyage de GSC précise par écrit que vous devez retourner immédiatement dans votre province ou territoire de résidence pour recevoir des soins médicaux sans délai. Les frais supplémentaires engagés pour l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique, plus le billet d'avion supplémentaire en classe économique si nécessaire pour une civière, pour vous ramener, vous et un compagnon de voyage, par l'itinéraire le plus direct jusqu'à la principale aéroport la plus proche du point de départ de votre province ou territoire de résidence seront remboursés.

Cette protection suppose que vous n'êtes pas détenteur d'un billet d'avion aller-retour ouvert valide. Les frais de surclassement, taxes de départ ou pénalités d'annulation ne sont pas inclus.

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

Frais de retour de votre véhicule automobile personnel à votre domicile ou à l'agence de location la plus près en cas d'impossibilité pour vous de vous en charger pour cause de maladie, blessure corporelle ou décès, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par voyage. Le service Assistance voyage de GSC exige les reçus originaux des frais engagés, à savoir l'essence, l'hébergement et les billets d'avion.

Repas et hébergement, jusqu'à 250 \$ par jour pour un maximum de 5 000 \$ par famille et par voyage. Les frais supplémentaires d'hébergement à un hôtel commercial et de repas engagés par vous ou une personne à charge couverte, lorsque le voyage est retardé ou interrompu en raison d'une maladie, d'une blessure accidentelle ou du décès d'un compagnon de voyage et que la personne couverte demeure sur place jusqu'à ce qu'elle ou son compagnon de voyage soit apte à voyager seront remboursés. Ceci doit être confirmé par écrit par le médecin traitant ou le chirurgien dûment qualifié, avec les reçus originaux à l'appui de l'entreprise commerciale.

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

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

Vol de retour si le véhicule à moteur utilisé par vous ou votre personne à charge couverte est volé ou rendu inutilisable en raison d'un accident. Le coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour vous ramener, vous et vos personnes à charge couvertes ou un compagnon de voyage, par l'itinéraire le plus direct jusqu'au principal aéroport le plus près de votre point de départ dans votre province ou territoire de résidence sera remboursé. Un rapport officiel de la perte ou de l'accident est requis.

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

Praticiens paramédicaux, jusqu'à concurrence de 500 \$ par praticien et par urgence (y compris les radiographies) pour les services d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute, d'un podiatre/podologue ou d'un ostéopathe autorisé en même temps que le traitement d'une urgence.

Frais de garde d'enfants lorsqu'approuvés au préalable par le service Assistance voyage de GSC, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour l'une des prestations suivantes pour les enfants à charge de moins de 16 ans en cas d'urgence pour votre conjoint ou vous-même pendant un voyage :

- Les frais supplémentaires pour un billet d'avion aller simple en classe économique pour le retour à la résidence des enfants à charge qui vous accompagnent lorsque vous ou votre conjoint êtes hospitalisé, plus les frais d'un accompagnateur au besoin.
- Les frais des services d'un gardien (qui n'est pas un membre de la famille) à l'endroit où vous ou votre conjoint êtes hospitalisé.
- Les frais des services d'un gardien (qui n'est pas un membre de la famille) dans votre province de résidence lorsque les enfants sont sans surveillance en raison de votre retour tardif ou de celui de votre conjoint.

Retour des animaux de compagnie, jusqu'à concurrence de 500 \$ pour le retour des animaux de compagnie qui vous accompagnent si vous êtes hospitalisés ou rapatriés en raison d'une urgence.

La couverture pour annulation ou interruption de voyage et pour bagages perdus ou volés est incluse dans vos prestations de voyage. Une couverture à l'occurrence de 5 000 \$ pour les dépenses de voyages admissibles et de 1 000 \$ pour les frais de bagages perdus, par personne couverte par voyage. Cette couverture est souscrite par CanAssurance et est administrée par CanAssistance (service Assistance voyage de GSC).

Pour les détails de cette couverture, veuillez vous référer à la brochure sur la couverture pour annulation ou interruption de voyage et pour bagages perdus ou volés, qui est incluse dans votre trousse de prestations et se trouve dans le portail des membres en ligne. Quelques définitions et exclusions peuvent être différentes de celles énoncées dans ce livret de régime d'assurance collective. La compréhension approfondie de votre couverture est votre responsabilité.

Pour soumettre une demande de prestations dans le cadre du présent régime, communiquez avec le service Assistance voyage de GSC, tel qu'indique la section des demandes de prestations ci-dessous.

SERVICE ASSISTANCE VOYAGE DE GSC

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

Ces services comprennent :

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

Fonctionnement du service Assistance voyage

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

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

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

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

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

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

Limites des prestations de voyage

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

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

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

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

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

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

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

Exclusions des prestations de voyage

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

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

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

2. Frais soumis si la personne couverte ou toute personne agissant en son nom tente de tromper le service Assistance voyage de GSC ou soumet une déclaration ou une demande de règlement frauduleuse, fausse ou exagérée.
3. Frais engagés pour des services reçus qui :
 - a) n'étaient pas nécessaires pour obtenir un traitement d'[urgence](#);
 - b) n'étaient pas recommandés par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié;
 - c) ne sont pas couverts par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie;
 - d) sont normalement couverts au titre de la protection hors du Canada de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (le cas échéant), alors que le régime provincial ou territorial a refusé le paiement; ou
 - e) les services concernaient une récurrence ou une complication liée directement ou indirectement à une situation d'urgence correspondant à l'énoncé 3. a), b), c) ou d) ci-dessus, selon le service Assistance voyage de GSC.
4. Frais engagés pour des services reçus après que le service Assistance voyage de GSC avait déterminé que :
 - a) la personne couverte devait retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour recevoir un traitement, mais celle-ci a choisi de ne pas retourner dans sa province ou son territoire de résidence;
 - b) les services pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à ce que la personne couverte retourne dans sa province ou son territoire de résidence;
 - c) la situation n'était plus urgente;
 - d) les services concernaient une récurrence ou une complication liée directement ou indirectement à une situation d'urgence correspondant à l'énoncé 4. a), b) ou c) ci-dessus, selon le service Assistance voyage de GSC.
5. Frais engagés pour des services visant à traiter un problème de santé ou des complications découlant d'un problème de santé lié directement ou indirectement à une épidémie ou à une pandémie si, au moment de la réservation du voyage ou avant la date de départ, le gouvernement du Canada a émis un avertissement de voyage officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un pays, une région, une ville ou affectant tout autre élément important faisant partie de votre voyage (p. ex., bateau de croisière). Pour prendre connaissance des avertissements de voyage, visitez le site du gouvernement du Canada.
6. Frais engagés pour des services visant à traiter :
 - a) un problème de santé, y compris les symptômes d'arrêt de consommation, découlant de la consommation chronique d'alcool, de médicaments ou de substances intoxicantes avant ou pendant le voyage, ou qui y est lié d'une quelconque façon;
 - b) un problème de santé survenu pendant le voyage qui découle, ou qui y est lié d'une quelconque façon, de la consommation abusive d'alcool (entraînant une alcoolémie de plus de 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang), de médicaments ou d'autres substances intoxicantes;
 - c) un problème de santé qui découle du non-respect du traitement prescrit, notamment des médicaments prescrits ou en vente libre.
7. Frais engagés relatifs à la grossesse, à l'accouchement ou aux complications en découlant, survenus dans les huit semaines qui ont précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.
8. Frais engagés pour un enfant né pendant le voyage dans les huit semaines qui ont précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.

9. Frais engagés pendant un voyage effectué afin de recevoir un diagnostic, un traitement, une opération chirurgicale, des soins palliatifs ou tout traitement parallèle, et tous les frais liés directement ou indirectement à des complications qui découlent d'un tel traitement.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de renseignements

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

- Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 849-5084 (choisissez la 1^{ère} option) 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 pour transmettre votre question par courriel.

Soumission des demandes de règlement

Les formulaires de demande de règlement, y compris les formulaires d'autorisation préalable et toutes les précisions utiles sur la soumission d'une demande de règlement, se trouvent sur le portail des membres en ligne à greenshield.ca.

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

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

Voyage en cas d'urgence

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

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

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

Lorsque vous soumettez votre demande de règlement pour les soins médicaux d'urgence, veuillez joindre les documents suivants :

- Le formulaire de demande de règlement qui vous est fourni par le service Assistance voyage de GSC lorsque l'avis de demande de règlement a été donné, que vous devez remplir et signer afin de permettre au service Assistance voyage de GSC de recouvrer le paiement au titre de tout autre contrat d'assurance ou régime d'assurance-maladie (collectif, individuel ou gouvernemental).
- Tous les originaux des factures et des reçus des établissements commerciaux pour les frais que vous avez payés de votre poche.

- Les dossiers médicaux, y compris le rapport de la salle d'urgence et le diagnostic de l'établissement médical, ou un certificat médical rempli par le médecin traitant. Les frais d'obtention du certificat ne sont pas couverts au titre de la présente assurance.
- Les formulaires appropriés dûment remplis du régime d'assurance-maladie gouvernemental; consultez le formulaire de demande de règlement pour obtenir plus de détails.
- Une preuve de la date de départ de votre province ou territoire de résidence.
- Tout autre document que le service Assistance voyage de GSC peut demander ou exiger.

Période de soumission des demandes de règlement

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

Remboursement

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

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

Tous les 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.

Subrogation

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

Coordination des prestations

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 de règlement doivent d'abord être soumises au payeur principal. Les soldes impayés devraient ensuite être soumis aux régimes secondaires. 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.

Utilisez les directives suivantes pour identifier les régimes primaires et secondaires :

Membre du régime de GSC

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

- régime où vous êtes un membre à temps plein;
- régime où vous êtes un membre à temps partiel;
- régime où vous êtes une personne retraitée.

Conjoint

Si votre conjoint est membre d'un autre régime d'assurance collective, 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.

Prestations de voyage

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

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.

Pour nous joindre.

SERVICE À LA CLIENTÈLE

Lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h 30 (heure de l'Est)

1 888 849-5084 sélectionnez l'option 1 concernant :

- l'accès au site [GSC partout](#) (pour soumettre une réclamation en ligne);
- votre couverture;
- vos réclamations;
- vos remboursements;
- votre inscription au dépôt direct.

Ou par courriel : [**service.clientele@greenshield.ca**](mailto:service.clientele@greenshield.ca)

1 888 849-5084 sélectionnez l'option 2 concernant :

- l'accès au [portail des retraités](#) de l'Université Laval;
- vos choix ou modifications de régimes;
- les coûts associés au régime;
- la mise à jour de vos renseignements personnels;
- la mise à jour de vos personnes à charge.

Ou par courriel : [**support.retraitesUlaval@greenshield.ca**](mailto:support.retraitesUlaval@greenshield.ca)

Assistance voyage (24/7)

1 800 936-6226 (ou 519 742-3556)