



**Association des étudiant(e)s diplômé(e)s de
l'Université d'Ottawa**

Divisions : 23785 et 32012

Entrée en vigueur de la version révisée :
Le 1^{er} septembre 2024

VOICI VOTRE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ ET DENTAIRES POUR ÉTUDIANTS

Bonjour,

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

Les membres de l'Association des étudiant(e)s diplômé(e)s de l'Université d'Ottawa se sont regroupés pour cotiser à des régimes de soins de santé et dentaires dont nous bénéficions tous.

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

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

En créant des régimes de soins de santé et dentaires universels, les membres de l'Association des étudiant(e)s diplômé(e)s de l'Université d'Ottawa reconnaissent qu'il est important de se regrouper pour économiser et fournir des services essentiels. Le coût d'une assurance-maladie individuelle serait trop élevé, et les prestations trop limitées, si chaque étudiant devait la souscrire individuellement. Mais, en regroupant nos ressources, nous pouvons économiser de façon incroyable et améliorer les services grâce à des économies d'échelle.

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

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

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

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

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

Votre exécutif de l'Association des étudiant(e)s diplômé(e)s de l'Université d'Ottawa

VOICI 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 « GSA » et il se termine par « -00 » – p. ex., GSA111222333-00. 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.

CENTRE DES ÉTUDIANTS

Le « Centre des étudiants » est accessible depuis le site Web de GSC, à greenshield.ca/etudiant. Ce site Web offre un accès simple et rapide à tous les renseignements dont vous avez besoin. Vous pouvez notamment :

- consulter d'information décrivant les programmes, services et prestations auxquels vous avez accès en tant que membre d'un régime de GSC;
- trouver des fournisseurs de soins dentaires dans votre région qui sont membres du réseau de fournisseurs de soins dentaires offrant des rabais aux étudiants (si vous bénéficiez des prestations de soins dentaires de GSC);
- trouver des fournisseurs de soins de la vue et auditifs offrant des rabais dans votre région (que vous bénéficiiez ou non des prestations de soins de la vue de GSC);
- Accès aux informations de désinscription et d'adhésion

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

BARÈME DES PRESTATIONS	1
DÉFINITIONS	5
ADMISSIBILITÉ	7
Pour vous	7
Pour les personnes à votre charge	7
Date d'entrée en vigueur.....	7
Résiliation	7
Enfants à charge – Maintien de la couverture	7
Conversion du régime collectif – Régime d'Assistant-santé LIEN de GSC.....	8
DESCRIPTION DES PRESTATIONS	9
RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ	9
Médicaments sur ordonnance.....	9
Soins de santé complémentaires	10
RÉGIME DE SOINS DENTAIRES	14
Soins de base.....	14
Soins de base étendus	14
Soins majeurs.....	15
RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT	19

BARÈME DES PRESTATIONS

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Ce barème décrit les franchises, quotes-parts et maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de 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 renferment 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 prestations indiquées ci-dessous sont admissibles si elles 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 précisés ci-dessous.

Franchise : Aucune	Maximum global : Médicaments sur ordonnance : 2 000 \$ par personne couverte, par année de régime Toutes les autres prestations : 5 000 \$ par personne couverte, par année de régime (à l'exception de l'affirmation du genre)
---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prestations pour médicaments sur ordonnance

(Les prestations pour médicaments sur ordonnance ne s'appliquent pas si vous avez refusé cette couverture.)

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
Médicaments sur ordonnance – Carte de paiement direct des médicaments		2 000 \$ par année de régime
Contraceptifs : <ul style="list-style-type: none"> • Contraceptifs oraux • Autres contraceptifs (injections, dispositifs intra-utérins et timbres) 	10 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	350 \$ par année de régime (montant compris dans le maximum de 2 000 \$ applicable aux médicaments sur ordonnance)
Vaccins (inclus des vaccins les infections à papillomavirus humain Tous les autres vaccins	20 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance 50 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	Frais raisonnables et habituels (compris dans le maximum aux médicaments sur ordonnance)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les autres médicaments couverts 	20 % par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance	
Hospitalisation		
<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital général public, hôpital de convalescence ou de réadaptation ou hôpital pour maladies chroniques – chambre à deux lits 	50 %	Jusqu'à 5 jours par invalidité

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
Articles et services médicaux		
<ul style="list-style-type: none"> Affirmation du genre* * Le diagnostic de dysphorie du genre établi par un médecin ou un infirmier praticien est requis. 	0 %	Frais raisonnables et habituels, jusqu'à un maximum à vie de 10 000 \$
<ul style="list-style-type: none"> Appareils orthopédiques et plâtres 	50 %	500 \$ par année de régime, prestations combinées
<ul style="list-style-type: none"> Bas de contention 	50 %	500 \$ par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Autres articles et produits – Voir la section Description des prestations pour plus de détails 	0 %	Frais raisonnables et habituels
Transport d'urgence	0 %	250 \$ par année de régime
Soins infirmiers en service privé à domicile	0 %	Minimum de 8 heures par quart de travail (remboursement limité aux frais raisonnables et habituels)
Services professionnels	0 %	
<ul style="list-style-type: none"> Chiropratique Massothérapie autorisée Naturopathie Orthophonie Physiothérapie 		50 \$ par visite, limite de 500 \$ par praticien par année de régime
<ul style="list-style-type: none"> Psychologue, psychothérapeute, travailleur social, conseiller en service social ou conseiller avec maîtrise en service social 		80 \$ par visite, limite de 1 000 \$ par année de régime, prestations combinées
<ul style="list-style-type: none"> Consultant en nutrition holistique 		80 \$ par visite, avec un maximum global combiné de 1 000 \$ par année de régime pour psychologue, psychothérapeute, travailleur social, conseiller en service social ou conseiller avec maîtrise en service social
Soins dentaires consécutifs à un accident	0 %	Frais raisonnables et habituels
Soins de la vue	0 %	
<ul style="list-style-type: none"> Lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance, ou lentilles cornéennes nécessaires sur le plan médical 		150 \$ par période de 24 mois, en fonction de la date de la première demande de règlement payée
<ul style="list-style-type: none"> Examens optométriques 		Un tous les deux ans, maximum de 75 \$ en fonction de la date de la première demande de règlement payée

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
<p>Cours particuliers REMARQUE : Vos personnes à charge ne sont pas admissibles à ce service</p>	<p>0 %</p>	<p>Cours particuliers par un professeur qualifié, jusqu'à concurrence de 15 \$ de l'heure et de 1 000 \$ par année de régime. Vous devez être confiné à la maison ou à l'hôpital pendant au moins 30 jours consécutifs pour être admissible (recommandation d'un médecin requise)</p>

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 renferment les conditions, limites et exclusions qui peuvent s'appliquer aux prestations. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens. Seules les protections spécifiques que vous avez demandées s'appliquent à vous.

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

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

Couverture de votre régime	Votre quote-part	Maximum payé par le régime
Services de diagnostic et de prévention de base, détartrage parodontal et chirurgie buccale mineure	0 %	1 000 \$ par personne couverte par année de régime pour tous les services dentaires admissibles combinés
Services de restauration de base, services de prothèse standard, chirurgie buccale complète et anesthésie	25 %	
Soins endodontiques	70 %	
Soins majeurs	70 %	

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

DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, les définitions ci-dessous 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 1^{er} 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 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

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

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

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 21 ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 25 ans s'il est inscrit à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
- d) Votre enfant non marié (peu importe son âge) devenu totalement invalide alors qu'il était admissible en vertu de la clause b) ou c) ci-dessus, invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

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

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.

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

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

Première demande de règlement payée 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 vous désigne, l'étudiant, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

Frais raisonnables et habituels désignent, de l'avis de GSC, des frais habituels du fournisseur pour le service ou le produit en l'absence d'une couverture, jusqu'à concurrence des 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 facturé 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 la personne 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 primes ont été acquittées 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.

Conversion du régime collectif – Régime d'Assistant-santé LIEN de GSC

Le régime d'Assistant-santé LIEN de GSC vous offre une protection garantie (aucun questionnaire médical à remplir), à vous et à votre famille, pour les frais médicaux, dentaires et de voyage courants, ainsi que pour les frais de soins de santé imprévus.

Ce régime peut vous convenir si vous, votre conjoint ou vos enfants à charge avez perdu les prestations d'un régime de soins de santé ou dentaires collectif au cours des 90 derniers jours et êtes à la recherche d'une protection.

Cliquez [ici](#) pour faire une demande d'inscription, ou communiquez avec Prosum Health Benefits Inc., au 1 855 751-6590 pour obtenir de l'aide.

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 s'ils sont nécessaires sur le plan médical pour traiter une maladie ou une blessure.

Médicaments sur ordonnance

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

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

GSC se réserve le droit de gérer ses formulaires de médicaments au moyen d'un processus d'examen fondé sur des données probantes selon lequel les médicaments sont évalués en fonction de leur valeur globale, en tenant compte de leur efficacité clinique, de leur innocuité, des besoins non satisfaits et de leur 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 comportant un numéro d'identification du médicament (DIN) qui ne nécessitent pas une ordonnance, y compris sans s'y limiter, la nitroglycérine, l'insuline et tous les autres produits injectables approuvés, ainsi que les fournitures connexes (seringues et aiguilles pour diabétiques, agents réactifs).

Certains médicaments nécessitent qu'un « formulaire d'autorisation spéciale » soit rempli et soumis à GSC pour examen et approbation avant que les frais pour ces médicaments soient 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 des médicaments d'entretien nécessaires pour le traitement des 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 les médicaments génériques

Le montant remboursé équivaudra au prix du médicament équivalent le moins cher, conformément à la réglementation provinciale spécifique, à moins que votre médecin ou 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 ou plus :

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

Résidents du Québec seulement :

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

Les frais admissibles excluent les éléments suivants, pour lesquels aucun remboursement ne sera effectué :

- a) Médicaments pour le traitement de l'obésité, 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 d'abandon du tabac et produits de substitution de la nicotine (timbres, gomme, pastilles et 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 trouble médical ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- g) Mélanges préparés par un pharmacien non 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, un hôpital de convalescence ou de réadaptation, une aile de convalescence ou de réadaptation dans un hôpital général public, un hôpital public pour maladies chroniques ou une aile de soins prolongés 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.

Articles et services médicaux : Remboursement des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations, le cas échéant, pour :

- a) les articles visant à faciliter la vie quotidienne, comme des lits semblables aux lits d'hôpital, y compris les côtés de lit et le matelas, des bassins de lit, des chaises d'aisance standard, des fournitures pour décubitus (personnes alitées), des tiges à soluté, des lève-personnes portables (y compris les batteries), des perroquets, des poteaux d'appui et des urinoirs;
- b) les appareils orthopédiques, les plâtres;
- c) les articles d'incontinence ou de stomie, comme les fournitures de cathétérisme et de stomie;
- d) les aides à la mobilité, comme les cannes, les béquilles, les déambulateurs et les fauteuils roulants (y compris les batteries de fauteuil roulant);
- e) les prothèses standard (bras, mains, jambes, pieds, seins, yeux et larynx);

- f) les articles respiratoires ou de cardiologie, tels que les compresseurs, les dispositifs d'inhalothérapie, les fournitures de trachéotomie et l'oxygène;
- g) les bas de contention (au moins 15 mmHg).

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

Limites

- a) Le prix de la location d'équipement médical durable ne doit pas dépasser le prix d'achat. La décision de GSC concernant l'achat ou la location sera fondée sur l'estimation du médecin quant à la durée du besoin selon l'ordonnance 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.

Affirmation du genre : Les services ci-dessous qui ne sont pas couverts par votre régime provincial ou territorial de soins de santé seront considérés comme admissibles seulement si un diagnostic de dysphorie du genre établi par un médecin dûment qualifié ou un infirmier praticien est fourni à GSC. Le remboursement sera limité aux frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le barème des prestations :

- **Services de base** – Chirurgies génitales et de la poitrine ou des seins liées à la transition qui ne sont pas couvertes par votre régime provincial ou territorial de soins de santé, ainsi que la chirurgie de la voix, le rasage de la trachée, le remodelage de la poitrine, les dilatateurs vaginaux, l'épilation au laser et la féminisation du visage.
- **Services ciblés** – Chirurgies autres que génitales et de la poitrine ou des seins : chirurgie du nez, liposuction et lipofilling, lifting des yeux et du visage, remplissage des lèvres et des joues, transplantation de cheveux, lifting des fesses et pose d'implants.

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.), 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.).

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 barème des prestations, lorsque le praticien qui donne 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.

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 se limitent à un ensemble de dents artificielles. Vous devez aviser GSC immédiatement après l'accident, et le traitement doit être reçu dans les 180 jours qui suivent l'accident.

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

Aucun montant ne sera versé pour les traitements de périodontie ou d'orthodontie, 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, un opticien ou un 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, un ophtalmologiste ou un médecin autorisé (remboursement uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie);
- d) Pièces de rechange de lunettes d'ordonnance;
- e) Lunettes de soleil sans ordonnance prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques

Les frais admissibles excluent les éléments suivants, pour lesquels aucun remboursement ne sera effectué :

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

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a. un acte de guerre déclarée ou non;
 - b. la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - a) 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. Services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :
 - 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, votre promoteur de régime ou vous-même;
 - d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
 - e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;

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

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les protections indiquées ci-dessous seront admissibles si elles sont basées sur les frais raisonnables et habituels du dentiste autorisé à pratiquer sa profession, conformément au guide des tarifs et aux maximums indiqués 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 en fonction de la date de la première demande de règlement payée
- radiographies interproximales, une fois tous les 6 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée
- examens de rappel, une fois tous les 6 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée
- nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de polissage et 1 unité de détartrage), une fois par période de rappel
- nettoyage des prothèses dentaires, une fois tous les 6 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée
- résines pour scellement des puits et fissures des molaires seulement, pour les personnes couvertes de 14 ans et moins
- mainteneurs d'espace
- protecteur buccal, une fois tous les 12 mois en fonction de la date de la première demande de règlement payée
- détartrage parodontal, 3 unités de temps par année de régime

Services de restauration de base :

- amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires
- restaurations d'incrustations – considérées comme des restaurations de base et payées en fonction de l'amalgame non lié équivalent

Chirurgie buccale mineure :

- extraction de dents (extraction de 2 dents de sagesse par année de régime) ou de racines résiduelles

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

Soins de base étendus

Services de prothèses standard :

- réparations de prothèses dentaires ou ajouts de dents
- rebasage superficiel et complet de prothèses dentaires une fois tous les 3 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée, au plus tôt 6 mois après la mise en place d'une prothèse
- ajustements de prothèses dentaires et procédures de remontage et d'équilibrage, au plus tôt 3 mois après la mise en place initiale d'une prothèse
- garnitures de conditionnement des tissus mous sur les gencives pour favoriser la guérison
- reconstitution d'une prothèse partielle en utilisant le cadre existant, une fois tous les 5 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée

Chirurgie buccale complète :

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

Traitement endodontique, y compris :

- traitement de canal
- pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
- pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
- apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
- curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
- amputation ou hémisection radiculaire
- blanchiment des dents non vitales
- interventions d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent

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

- détartrage parodontal, 3 unités de temps par année de régime

Les frais de traitement parodontal sont basés sur des unités de temps (15 minutes par unité) conformément au guide des tarifs des praticiens généralistes.

Soins majeurs

- Restaurations standard de couronnes et d'incrustations pour réparer les dents naturelles malades ou endommagées de façon accidentelle, une fois tous les 5 ans en fonction de la date de la première demande de règlement payée
- Réparation ou recollage ordinaire de couronnes, d'incrustations et de ponts sur des dents naturelles

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 les frais sont limités à la quote-part applicable à 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 sont exécutées lors d'un même rendez-vous ou dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur de réduction pour services multiples.
7. Le facteur de réduction pour services multiples s'applique lorsqu'un minimum de 6 restaurations (obturations) ou des services de périodontie multiples sont effectués au cours du même rendez-vous et que le plein tarif selon le guide est facturé pour chaque obturation ou service de périodontie; le premier service sera payé au complet et le montant du remboursement pour tous les autres services sera réduit de 20 %.
8. Les reconstitutions de dents associées à des traitements pour des couronnes ne sont admissibles qu'à des fins de maintien et de préservation des dents. La nécessité de la reconstitution doit être évidente sur les radiographies montées prises avant les traitements. Les reconstitutions de dents pour faciliter la prise d'empreintes ou bloquer des zones de contre-dépouille sont considérées comme comprises dans le coût d'une couronne.
9. Dans le cas d'un accident dentaire, les demandes de règlement doivent être soumises au titre du régime de prestations de soins de santé avant d'être soumises au titre du régime de prestations de soins dentaires.

Exclusions des prestations de soins dentaires

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

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - a) un acte de guerre déclarée ou non;
 - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
 - c) une tentative d'infraction criminelle, une infraction criminelle ou un acte illégal;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un dentiste dûment qualifié;
4. Traitement, médicament, fournitures ou service non urgents reçus à l'extérieur du Canada;
5. Frais pour traduire ou remplir des formulaires de demande de règlement ou des rapports d'assurance;
6. Tout service dentaire qui n'est pas mentionné dans les codes de procédure établis et maintenus par l'Association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire de la province ou du territoire où le service est fourni (ou votre province de résidence si le service dentaire est fourni à l'extérieur du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni;
7. Implants;
8. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion;
9. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, les réparations et rebasages;
10. Pontiques ou dents postérieures en porte-à-faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces;
11. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie;
12. Diagnostic ou appareils de repositionnement intrabuccal, y compris l'entretien, les réglages, les réparations et les réfections liés au traitement de la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire;
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. Services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :

- 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, comme un organisme 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 naturelle, de la croissance ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ni réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis;
- k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
- l) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
- m) Ce sont des dispositifs ou appareils prothétiques de rechange;
- n) ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
- o) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les demandes de règlement avaient été déposées correctement et en temps opportun;
- p) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule motorisé;
Remarque : Le paiement de prestations pour les demandes de règlement relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que selon l'une ou l'autre des conditions suivantes :
 - i) Le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
 - ii) L'engagement financier est terminé.
 Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- q) 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.

RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de renseignements

Pour des demandes de renseignements détaillées :

- ♦ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 525-7587 pour vérifier si un article ou un service en particulier est couvert et si une autorisation préalable de GSC est requise; ou
- ♦ Visitez notre site Web à greenshield.ca/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 « **GSA** » – p. ex., **GSA111222333**.

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

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

L'omission, 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.

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

- Le nom de la personne couverte, son adresse et son numéro d'identification GSC
- Le nom et l'adresse du fournisseur
- La date de la prestation du service
- Les frais pour chaque service ou produit
- Une description détaillée du service ou du produit
- La recommandation médicale ou l'ordonnance du médecin, le cas échéant

Dans certains cas, nous pourrions avoir besoin d'une preuve de paiement supplémentaire; par conséquent, nous vous recommandons de conserver une copie d'autres confirmations de paiement identifiables, comme un chèque annulé (la copie est acceptée si les deux côtés du chèque sont fournis), un reçu électronique de paiement autorisé par carte de crédit ou un relevé de carte de crédit, un reçu de paiement direct ou par carte de débit, ou encore un relevé bancaire.

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

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

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

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

Remboursement

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

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

Tous les montants maximums et les plafonds 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, le fournisseur pourra facturer les services directement à GSC 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 prestations 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.

RÉSEAU DE FOURNISSEURS DE SOINS DENTAIRES À TARIF AVANTAGEUX

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

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

1. Plus de 800 dentistes participent actuellement à ce programme d'envergure nationale.
2. Une fois qu'un fournisseur de soins dentaires adhère au réseau, GSC l'ajoute à la liste des fournisseurs de soins dentaires participants. Cette est accessible à greenshield.ca/etudiant.
3. Vous pouvez consulter un dentiste qui figure déjà sur la liste des fournisseurs de soins dentaires, ou demander à votre dentiste actuel d'adhérer au réseau; l'avantage de l'adhésion pour votre dentiste est l'augmentation potentielle de son volume d'affaires. Pour des renseignements complémentaires, votre dentiste peut appeler notre Centre de service à la clientèle au 1 888 525-7587.
4. Le rabais s'applique à la plupart des actes buccodentaires et *peut* atteindre 30 %.
5. Notre système calcule automatiquement le rabais applicable quand vous consultez un fournisseur de soins dentaires du réseau. Le rabais applicable dépend des modalités du régime de votre université ou de votre collègue, et sera déduit de votre quote-part ou partie des coûts que vous assumez.
6. Les demandes de règlement pour soins dentaires doivent être traitées électroniquement; **vous devez donc être inscrit au système GSC pour obtenir le rabais**. GSC paiera votre dentiste directement; vous n'aurez à lui payer que votre quote-part (le cas échéant) des honoraires demandés pour les soins fournis.
7. Vous recevrez des soins dentaires professionnels tout en payant moins cher et en maintenant votre santé buccodentaire.

Visitez notre site Web à greenshield.ca/etudiant ou appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 525-7587 pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Coordination des prestations (CDP)

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

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

Membre du régime de GSC

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

- 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 présenter une demande à son régime.

Enfants

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

- 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 l'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.