



Agnico Eagle Mines Limited

Classe : Tous les employés inscrits au régime flexible

Divisions : 101, 111, 116, 122, 131, 132, 135, 151, 160, 161, 162,
165, 201, 205, 211, 231, 901

**Date d'entrée
en vigueur :** 1^{er} novembre 2025

SOMMAIRE DES GARANTIES

En tant que personne adhérente, vous pourriez avoir accès, en plus des garanties de votre régime d'assurance collective, à des services ou programmes supplémentaires. Connectez-vous à votre compte GreenShield+ (greenshieldplus.ca) pour consulter les services et programmes auxquels vous êtes admissible.

Ceux-ci peuvent toutefois être remplacés ou retirés périodiquement par votre preneur de contrat ou par GreenShield, qui se réserve le droit, à sa discrétion et sans préavis, d'ajouter et de modifier tout service ou programme ou d'y mettre fin.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le présent sommaire contient des renseignements importants concernant votre régime d'assurance collective, qui vous est offert par Agnico Eagle Mines Limited, le preneur de contrat, en vertu du contrat d'assurance collective souscrit auprès d'Assurance Green Shield Canada (GreenShield), en vigueur le 1^{er} novembre 2025.

SOINS DE SANTÉ

L'[assurance soins de santé](#) s'ajoute à votre régime provincial ou territorial 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 limitations et maximums applicables mentionnés ci-après.

	Or	Or plus
Franchise par année civile (par personne/par famille)	Aucune franchise	Aucune franchise
Maximums		
Maximum global pour soins de santé :	Illimité	Illimité
Programmes de désaccoutumance au tabac	Un traitement tous les 12 mois	Un traitement tous les 12 mois
<u>Votre pourcentage de remboursement</u>		
Médicaments d'ordonnance :	100 %	100 %
Tests pharmacogénétiques :	100 %	100 %
Hospitalisation :	100 %	100 %
Soins de la vue :	100 %	100 %
Matériel et fournitures pour personnes diabétiques :	100 %	100 %
Toutes les autres protections de soins de santé :	80 %	100 %
Plafond des frais d'exécution pour les médicaments :		
<ul style="list-style-type: none"> • Québec • Toutes les autres provinces 	Aucun 12 \$ par ordonnance ou renouvellement	Aucun Aucun
	Or	Or plus
Protections	Maximum payé par le régime	Maximum payé par le régime
<u>Médicaments d'ordonnance</u> (substitution obligatoire par des médicaments génériques)	Illimité, sauf dans les cas indiqués ci-dessus	Illimité, sauf dans les cas indiqués ci-dessus
<u>Hospitalisation</u>	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits ou chambre individuelle

SOMMAIRE DES GARANTIES

<u>Soins auditifs</u>	2 500 \$ tous les 60 mois	5 000 \$ tous les 60 mois
<u>Orthèses et chaussures orthopédiques</u>		
Bottes ou chaussures sur mesure ou chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires préfabriquées	400 \$ tous les 12 mois pour les articles combinés	600 \$ tous les 12 mois pour les articles combinés
Orthèses sur mesure :	400 \$ tous les 12 mois	Une paire tous les 12 mois
<u>Affirmation du genre*</u> * Le diagnostic de dysphorie de genre établi par un médecin ou un infirmier praticien est requis.	25 000 \$ à vie	25 000 \$ à vie
<u>Services professionnels</u>		
Chiropraticien, podologue/podiatre, ostéopathe, massothérapeute autorisé, naturopathe, orthophoniste, audiologiste, ergothérapeute, acupuncteur, diététiste, orthothérapeute, thérapeute naturel (Québec seulement)	1 000 \$ par année de régime pour tous les types de praticiens combinés	1 500 \$ par année de régime pour tous les types de praticiens combinés
Physiothérapeute, thérapeute du sport, kinésiologue, thérapeute en réadaptation physique	1 200 \$ par année de régime pour tous les types de praticiens combinés	2 000 \$ par année de régime pour tous les types de praticiens combinés
Psychologue, conseiller clinicien, travailleur social, travailleur social titulaire d'une maîtrise, psychothérapeute agréé, thérapeute du comportement (seulement pour le traitement de l'autisme), psychoéducateur, psychanalyste	1 000 \$ par année de régime pour tous les types de praticiens combinés	1 500 \$ par année de régime pour tous les types de praticiens combinés
<u>Soins de la vue</u>		
Lunettes ou lentilles de contact ou lentilles de contact médicalement nécessaires	350 \$ tous les 24 mois	500 \$ tous les 24 mois
Chirurgie des yeux au laser	500 \$ à vie	1 000 \$ à vie
Examens de la vue	Une fois tous les 12 mois	Une fois tous les 12 mois

ASSURANCE VOYAGE

L'[assurance voyage](#) s'ajoute à votre régime provincial ou territorial d'assurance maladie si une urgence médicale survient alors que vous vous trouvez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence ou du Canada. Si votre régime provincial ou territorial 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 ou territorial 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 et habituels](#) applicables à la région.

	Or	Or plus
Franchise par année civile (par personne/par famille)	Aucune franchise	Aucune franchise
Votre pourcentage de remboursement	100 %	100 %
Nombre maximum de jours par voyage :	180 jours	180 jours
Protections	Maximum payé par le régime	Maximum payé par le régime
Services en cas d'urgence	5 000 000 \$ à vie	5 000 000 \$ à vie
Services d'orientation	75 000 \$ par année civile	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.

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOINS DENTAIRES

Les [soins dentaires](#) indiqués ci-dessous sont remboursables s'ils sont nécessaires pour prévenir ou traiter une maladie ou une blessure dentaire, et le remboursement sera limité au montant indiqué dans le guide des tarifs de l'association dentaire provinciale ou territoriale mentionnée ci-dessous.

	Or	Or plus
Franchise par année civile (par personne/par famille)	50 \$/100 \$, franchise renoncée jusqu'au 1 ^{er} janvier 2026	25 \$/50 \$, franchise renoncée jusqu'au 1 ^{er} janvier 2026
Guide des tarifs dentaires (dentistes généralistes)	Province de traitement actuelle	Province de traitement actuelle
Votre pourcentage de remboursement		
Soins de base : Chirurgie buccale mineure, Anesthésie générale, sédation profonde et sédation intraveineuse en concomitance avec la chirurgie buccale admissible seulement :	80 %	100 %
Tous les autres services de base :	100 %	100 %
Soins de base étendus :	80 %	100 %
Soins majeurs :	50 %	60 %
Soins orthodontiques :	50 %	50 %
Protections	Or	Or plus
Soins de base	2 000 \$ par année de régime pour tous les soins de base, les soins de base étendus et les soins majeurs combinés	3 000 \$ par année de régime pour tous les soins de base, les soins de base étendus et les soins majeurs combinés
Soins de base étendus		
Soins majeurs		
Soins orthodontiques	2 500 \$ à vie par enfant à charge de 19 ans et moins	4 000 \$ à vie
Adhésions tardives	250 \$ pour tous les soins de base, les soins de base étendus et les soins majeurs combinés par personne adhérente pendant les 12 premiers mois de couverture si la personne adhérente devient couverte plus de 31 jours après la date d'admissibilité 250 \$ par personne adhérente pour les 36 premiers mois de couverture pour soins orthodontiques	250 \$ pour tous les soins de base, les soins de base étendus et les soins majeurs combinés par personne adhérente pendant les 12 premiers mois de couverture si la personne adhérente devient couverte plus de 31 jours après la date d'admissibilité 250 \$ par personne adhérente pour les 36 premiers mois de couverture pour les soins orthodontiques

Sommaire des soins couverts

Soins de base : Examens de rappel une fois tous les 6 mois, obturations et extractions

Soins de base étendus : Traitement de canal, détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, ajustement ou rebasage et réparation des prothèses

Soins majeurs : Couronnes, prothèses dentaires et ponts (pas plus d'un remplacement de chacun tous les 5 ans) et Restaurations esthétiques de remplissage et obturations

Soins orthodontiques : Traitements visant à redresser les dents et à corriger l'occlusion

COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ

Le [compte de frais pour soins de santé](#) est offert par votre preneur de contrat et administré par GreenShield. Il peut être utilisé pour payer les frais de santé et les frais dentaires qui ne sont pas couverts par votre régime d'assurance collective ou votre régime provincial ou territorial d'assurance maladie.

	Or	Or plus
Montant forfaitaire par personne adhérente par année de régime	Selon le montant déterminé par le preneur de contrat	Selon le montant déterminé par le preneur de contrat

COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES

Le [compte de dépenses personnelles](#) est un compte de dépenses provisionné par le preneur de contrat. Il peut servir à régler une variété de frais engagés pour votre bien-être personnel non couverts par votre régime d'assurance collective ni par votre régime provincial d'assurance maladie. Les dépenses faisant l'objet d'une réclamation sont assujetties à l'impôt sur le revenu selon les directives de l'Agence du revenu du Canada.

	Or	Or plus
Montant forfaitaire par personne adhérente par année de régime	Selon le montant déterminé par le preneur de contrat	Selon le montant déterminé par le preneur de contrat

AU SUJET DU PRÉSENT SOMMAIRE

Le présent sommaire donne un aperçu des garanties offertes. L'information détaillée sur ces garanties, y compris les limitations et exclusions applicables aux protections qui y figurent, qui fait partie intégrante de votre brochure, pourra être consultée en ligne à greenshield.ca.

Le sommaire décrit les [franchises](#), les [pourcentages de remboursement](#) 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 preneur de contrat vous a déclaré admissible s'appliquent à vous. Vous devez obligatoirement être couvert pour que vos personnes à charge soient couvertes aussi. Votre assurance se terminera à la première des dates figurant dans la section Résiliation ou à la date à laquelle le preneur de contrat avisera GreenShield que vous n'êtes plus admissible. L'assurance de vos personnes à charge prendra fin en même temps que la vôtre 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 des cartes d'identification numériques indiquant le numéro d'identification GreenShield que vous devrez transcrire sur tous vos formulaires de réclamation et toute 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 GreenShield assure l'équilibre entre les droits en matière de confidentialité de notre groupe, des personnes adhérentes et de leurs personnes à 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 en matière de confidentialité, veuillez vous rendre à greenshield.ca.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
ADMISSIBILITÉ	3
Pour vous	3
Pour vos personnes à charge	3
Date d'entrée en vigueur	3
Adhésions	3
Période de maintien obligatoire	4
Événements de vie	4
Réadhésion	4
Résiliation	4
Maintien de l'assurance pour les enfants à charge invalides	4
Maintien de l'assurance pour les personnes à charge survivantes	5
Vous perdez votre assurance collective?	5
DESCRIPTION DES GARANTIES	6
SOINS DE SANTÉ	6
Médicaments d'ordonnance	6
Soins de santé complémentaires	8
ASSURANCE VOYAGE	16
SOINS DENTAIRES	27
Soins de base	27
Soins de base étendus	27
Soins majeurs	28
Soins orthodontiques	28
COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)	33
COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP)	34
RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS	36

DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, les définitions suivantes s'appliquent dans la présente brochure.

Montant permis désigne, selon GreenShield :

- Médicaments – Politique nationale de tarification de GreenShield 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 à l'endroit où les frais sont engagés pour un service ou un produit semblable.
- Soins dentaires – [Guide des tarifs](#) indiqué dans le Sommaire des garanties.

Année de régime désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1^{er} juillet au 30 juin 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.

Pourcentage de remboursement désigne le pourcentage du montant admissible que vous ou vos personnes à charge avez le droit de recevoir pour le remboursement de dépenses admissibles, une fois la franchise acquittée.

Personne couverte désigne la personne adhérente ou ses personnes à charge inscrites au régime.

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

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 consécutifs. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat d'assurance collective;
- 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 au régime, est invalide sur une base permanente depuis et est considéré comme une personne à charge selon les critères d'admissibilité pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées de l'Agence de revenu du Canada;
- pour le compte de frais de soins de santé, en plus des personnes à charge susmentionnées, votre parent qui est un résident canadien et qui dépend de vous pour sa subsistance et pour lequel vous demandez une déduction fiscale dans votre déclaration d'impôt fédérale, conformément aux règles et règlements 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 dans un autre pays, vous devez demander à votre régime provincial ou territorial d'assurance maladie une prolongation de couverture afin que votre enfant continue d'être couvert au titre d'un régime provincial d'assurance maladie.

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

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.

Test pharmacogénétique désigne un type de test génétique qui permet de déterminer si la personne couverte présente des mutations génétiques qui sont connues pour avoir une incidence sur sa réaction à certains médicaments. Compte tenu de ces renseignements, son fournisseur de soins de santé pourrait choisir les médicaments qui lui conviennent le mieux.

Personne adhérente vous désigne, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

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

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

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

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

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 en tant que personne adhérente, vous devez :

- être résident du Canada;
- être couvert par votre régime provincial d'assurance maladie;
- être effectivement au travail et travailler un minimum de 20 heures par semaine de façon régulière.

NOTE : Pour être admissible à la couverture de retraite progressive, vous devez :

- être effectivement au travail;
- être âgé de 55 ans ou plus et;
- avoir travaillé pour Agnico pendant au moins 5 ans avant la retraite progressive.

Veuillez communiquer avec votre preneur de contrat pour obtenir plus d'informations.

Pour vos personnes à 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
- chaque personne à charge doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie.

Date d'entrée en vigueur

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

Vous devenez admissible le premier jour d'emploi effectif.

L'assurance de vos personnes à charge débute à la même date que la vôtre.

Adhésions

Pour adhérer au régime, vous devez soumettre une demande par écrit en fournissant les renseignements d'adhésion pertinents à votre preneur de contrat dans les 31 jours suivant votre emploi effectif. Vous pouvez choisir parmi les options suivantes (vous pouvez choisir, par exemple, le régime Or pour soins de santé et le régime Or plus pour soins dentaires).

- Or (soins de santé) ou Or plus (soins de santé)
- Or (soins dentaires) ou Or plus (soins dentaires)

Vous êtes admissible à l'assurance voyage peu importe les options de régimes de soins de santé et de soins dentaires que vous avez choisies.

La participation à ce régime est obligatoire. Si vous ne choisissez pas d'option de régime dans les 31 jours suivant votre emploi effectif, vous serez automatiquement inscrit aux options ci-dessous. Vous ne pourrez modifier votre choix jusqu'à la prochaine période d'adhésion à moins qu'un événement de vie ne survienne.

- Or (soins de santé)
- Or (assurance voyage)
- Or (soins dentaires)
- Compte de dépenses personnelles (CDP)*
- Compte de frais pour soins de santé (CFSS)*

*Les crédits restants seront divisés à parts égales entre le CDP et CFSS.

Période de maintien obligatoire

Une fois que vous avez choisi vos garanties parmi celles indiquées dans le Sommaire des garanties, votre couverture sera maintenue jusqu'à la prochaine date de réadhésion, à moins qu'un changement de situation personnelle ne survienne (événement de vie). En cas d'événement de vie, vous pourrez augmenter ou diminuer votre couverture, à condition que cet événement de vie se produise au cours de la période spécifiée dans la section Événements de vie ci-dessous.

Événements de vie

Si l'un des changements suivants survient dans votre vie, vous avez 31 jours pour augmenter ou diminuer votre couverture ou modifier votre statut de protection. Vous devez informer le preneur de contrat du ou des changements dans les 31 jours suivant l'événement de vie, faute de quoi vous devrez attendre la prochaine période de réadhésion. Événements de vie :

- naissance ou adoption d'un enfant;
- changement de l'admissibilité d'un enfant à charge;
- décès du conjoint ou d'un enfant à charge;
- changement de l'état matrimonial; ou
- fin de la protection par le régime du conjoint.

Réadhésion

La période de réadhésion a lieu toutes les deux années et l'option d'assurance que vous choisissez au cours de cette période entrera en vigueur le 1^{er} juillet suivant. Au cours de la période de réadhésion, vous êtes autorisé à augmenter ou diminuer votre couverture ou modifier votre statut de protection sans qu'un événement de vie ne soit nécessaire. Si vous ne modifiez pas votre choix, votre couverture actuelle devra être maintenue jusqu'à la prochaine période de réadhésion.

Une fois la période de réadhésion terminée, votre choix sera maintenu jusqu'à la prochaine période, à moins qu'un événement de vie ne survienne.

Résiliation

Votre assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

- date à laquelle votre contrat d'emploi se termine;
- date à laquelle vous n'êtes plus effectivement au travail;
- date marquant la fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GreenShield pour votre couverture;
- date à laquelle le contrat d'assurance collective prend fin.

L'assurance des personnes à charge prendra fin à la première des dates suivantes :

- date à laquelle votre assurance 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;
- fin de la période pour laquelle des primes ont été versées pour l'assurance des personnes à charge;
- date à laquelle le contrat d'assurance collective prend fin.

Maintien de l'assurance pour les enfants à charge invalides

Alors que vous êtes couvert au titre du présent régime, tout enfant dont l'assurance prend fin parce qu'il a atteint l'âge limite peut être admissible au maintien de l'assurance, 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 l'assurance pour les personnes à charge survivantes

(ne s'applique pas au compte de frais pour soins de santé et au compte de dépenses personnelles)

Si vous décédez alors que votre assurance est en vigueur, celle-ci sera maintenue pour vos personnes à charge couvertes jusqu'à la première des dates suivantes :

- 24 mois après la date de votre décès;
- 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 se termine la garantie prévue pour la personne à charge qui est couverte.

Vous perdez votre assurance collective?

Si votre assurance collective prend fin (pour quelque raison que ce soit), vous pouvez souscrire à l'un des régimes d'assurance individuelle de soins de santé de GreenShield. Ce faisant, vous bénéficierez d'une protection pour vous et les membres de votre famille, pour tout ce qui touche les frais de soins de santé et dentaires quotidiens et imprévus, y compris d'une protection médicale d'urgence en cas de voyage. Il existe un large éventail de régimes et d'options de couverture parmi lesquels vous pouvez choisir.

Les régimes LIEN peuvent être une solution idéale pour vous. Tous les régimes LIEN couvrent les affections préexistantes et offrent une acceptation garantie et n'exigent aucun formulaire ni aucun examen médical lors de la demande d'adhésion. Votre demande d'adhésion au régime LIEN sera approuvée à condition que GreenShield la reçoive dans les 90 jours suivant la date de fin de votre assurance collective, accompagnée de votre paiement initial.

Les régimes ZONE peuvent s'avérer une excellente solution de rechange. Certains régimes offrent une acceptation garantie, tandis que d'autres exigent de se soumettre à une souscription médicale et de remplir un questionnaire de santé.

Tous les régimes d'assurance individuelle de soins de santé de GreenShield offrent des protections à vie. Une fois approuvée, votre couverture sera maintenue, quel que soit votre âge ou tout changement futur de votre état de santé, que vous soyez travailleur ou travailleuse autonome, à forfait ou à la retraite (tant que les primes sont payées).

Pour pouvoir souscrire aux régimes d'assurance individuelle de soins de santé de GreenShield, les personnes doivent être âgées de moins de 80 ans.

Visitez www.greenshield.ca/personnel où vous trouverez les détails des régimes. Vous pouvez demander une trousse d'information, obtenir des soumissions et adhérer en ligne. C'est simple et rapide.

Vous pouvez nous appeler au 1 833 478-7873. Nos représentants et représentantes qualifiés seront ravis de vous aider. Ils seront heureux de répondre à vos questions et de vous aider à choisir le régime et le niveau de couverture qui vous conviennent.

DESCRIPTION DES GARANTIES

SOINS DE SANTÉ

Les frais indiqués dans cette section sont admissibles, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des garanties, 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 limitations et maximums indiqués dans le Sommaire des garanties et dans la description des garanties.

Médicaments d'ordonnance

Remboursement des médicaments d'ordonnance, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des garanties, selon les conditions suivantes :

- a) sont prescrits par un praticien ou dentiste dûment qualifié, comme la loi l'autorise; et
- b) nécessitent une ordonnance et comportent un numéro d'identification du médicament (DIN) ou comportent un numéro de produit naturel (NPN) pour les suppléments de fer ou les agents de remplacement de potassium; et
- c) sont approuvés dans le cadre du processus de revue des médicaments de GreenShield; et
- d) sont soumis par paiement direct.

GreenShield se réserve le droit de gérer ses listes de médicaments au moyen d'un processus de revue 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 listes de médicaments comprend les droits suivants :

- ajouter un médicament aux formulaires de médicaments de GreenShield;
- exclure ou retirer un médicament des formulaires de médicaments de GreenShield, sans égard à l'approbation de Santé Canada ou à l'existence d'une couverture provinciale;
- imposer des restrictions pour un médicament figurant sur une liste de médicaments, lesquelles sont déterminées par GreenShield. Ces restrictions peuvent comprendre l'approbation préalable du médicament par GreenShield 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 GreenShield, 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, aiguilles et agents réactifs). En outre, ce régime comprend les vaccins.

Avant que votre réclamation ne puisse être remboursée, GreenShield peut nécessiter une autorisation préalable. Pour savoir si votre médicament nécessite une autorisation préalable, vérifiez votre assurance à l'aide de l'outil de recherche de médicaments en ligne accessible dans le portail des personnes adhérentes, ou encore communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GreenShield. De plus, le remboursement des médicaments de référence (y compris les médicaments biologiques) pour lesquels il existe un médicament biosimilaire approuvé peut être refusé ou limité au coût du médicament le moins cher si la preuve médicale n'est pas fournie.

Les médicaments d'entretien nécessaires au traitement des affections chroniques permanentes peuvent être achetés sous la forme d'une ordonnance de 90 jours d'approvisionnement à la fois. Les médicaments à l'exception des médicaments d'entretien peuvent être achetés en quantité ne dépassant pas 3 mois (90 jours) d'approvisionnement à la fois. Toutefois, pour tous les médicaments, il est possible d'acheter un approvisionnement de 6 mois pour les vacances et pas plus de 13 mois au cours d'une période de 12 mois consécutifs.

Substitution générique obligatoire

Le remboursement sera effectué à concurrence du coût du médicament générique. Toutefois 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 génériques, GreenShield 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 :

Assurance médicaments pour
les personnes de 65 ans et plus :

La quote-part et la franchise (le cas échéant) du régime d'assurance médicaments de votre province de résidence constituent des prestations admissibles.

Résidents du Québec seulement :

La loi oblige GreenShield à se conformer aux directives de remboursement de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour tous les résidents du Québec. Si vous avez moins de 65 ans, vous devez vous inscrire au régime de remboursement des médicaments de GreenShield, auquel cas ce dernier sera le seul payeur. Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, l'inscription à la RAMQ est automatique, l'inscription au régime d'assurance médicaments de GreenShield est facultative. Le régime GreenShield continuera d'être le premier payeur, et la RAMQ sera le deuxième payeur.

Si des dispositions du présent régime ne répondent pas aux exigences minimales de la RAMQ, les modifications nécessaires se font automatiquement.

Médicaments d'ordonnance exclus

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

- médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile;
- vitamines qui ne nécessitent pas d'ordonnance;
- produits de substitution de la nicotine comme les timbres, la gomme, les pastilles et les inhalateurs;
- 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 nommés et considérés comme admissibles sous Médicaments d'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 GreenShield sur les composés.

Soins de santé complémentaires

Hospitalisation : 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, le remboursement des frais d'hospitalisation indiqué dans le Sommaire des garanties sera limité à 180 jours de régime combiné (à l'exclusion d'un hôpital général public), pour l'hébergement dans :

- chambre à deux lits ou chambre individuelle dans un hôpital général public (comprend l'hébergement dans un centre de traitement des dépendances), ou dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation ou dans une aile de convalescence ou de réadaptation dans un hôpital général public ou un hôpital public pour malades chroniques ou une unité de soins aux malades chroniques d'un hôpital général public (option Or plus);
- chambre à deux lits dans un hôpital général public (comprend l'hébergement dans un centre de traitement des dépendances), ou dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation ou dans une aile de convalescence ou de réadaptation dans un hôpital général public ou un hôpital public pour malades chroniques ou une unité de soins aux malades chroniques d'un hôpital général public (option Or).

Soins auditifs : Remboursement des prothèses auditives, des premières piles, réparations ou pièces de rechange, si celles-ci sont recommandées ou approuvées par le praticien dûment qualifié, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des garanties. Aucun montant ne sera versé pour les piles de remplacement.

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 garanties, le cas échéant.

- Articles visant à faciliter la vie quotidienne, notamment :
 - lits 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, orthèses plantaires préfabriquées ou réparations d'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, chaussures orthopédiques, modifications et réparations de 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.

Chaussures orthopédiques signifient les chaussures en vente libre, prêtes à porter, prescrites pour les personnes couvertes et diagnostiquées d'un trouble médical particulier qui affecte leurs pieds et nécessite des chaussures spécialisées pour traiter leur trouble et aider leur mobilité. Les chaussures peuvent être modifiées ou ajustées pour s'adapter aux pieds de la personne couverte.

- Matériel et fournitures pour personnes diabétiques, notamment :
 - glucomètres, maximum d'un tous les 4 ans;
 - pompe à perfusion d'insuline, et fournitures connexes;
 - systèmes de contrôle du glucose (SCG) comme les appareils de contrôle en continu et flash, y compris les capteurs et les transmetteurs maximum de 4 000 \$ par année de régime.
- Services médicaux, notamment :
 - tests diagnostiques (y compris l'étude du sommeil au Québec seulement) et de laboratoire; maximum de :
 - 1 500 \$ tous les 12 mois (option Or plus),
 - 1 000 \$ tous les 12 mois (option Or);
 - radiographies;
 - imageries par résonance magnétique (IRM) et électrocardiogramme, inclus pour les résidents du Québec seulement;
 - [tests pharmacogénétiques](#) sous réserve d'une autorisation préalable et limite d'une fois à vie.
- Articles médicaux, notamment :
 - appareils orthopédiques et plâtres;
 - neurostimulateurs électriques transcutanés externes (appareils TENS), un appareil tous les 60 mois;
 - dispositifs intra-utérins, maximum d'un tous les 24 mois;
 - viscosupplémentation, maximum d'une tous les 6 mois.
- Articles d'incontinence ou de stomie, notamment les cathéters, alèses jetables, culottes lavables, et fournitures connexes.
- Aides à la mobilité, notamment :
 - cannes, béquilles et déambulateurs;
 - fauteuils roulants et scooters (y compris les batteries).
- Prothèses, notamment :
 - prothèse de bras myoélectrique;
 - bras, main, jambe, pied, œil, larynx;
 - prothèses mammaires externes;
 - soutien-gorge (mastectomie) maximum de deux tous 12 mois.
- Articles cardiorespiratoires, notamment :
 - compresseurs et dispositifs d'inhalation;
 - oxygène et équipement pour son administration;
 - fournitures de trachéotomie.
- Bas de contention avec une pression de 15 mm Hg ou plus, maximum de deux paires tous les 12 mois.

- Perruques, en cas de perte des cheveux temporaire ou permanente en raison d'un problème de santé, maximum de 200 \$ à vie.

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 GreenShield.

Limitations

- Le prix de la location d'équipement médical durable ne doit pas dépasser le prix d'achat. La décision de GreenShield 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 garanties.
- 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.

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

- **Garantie 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 dilateurs vaginaux, l'épilation au laser et la féminisation du visage.
- **Garantie ciblée** – Chirurgies visant à améliorer les attributs du genre affirmé (exemples : rhinoplastie, liposuction ou liporemplissage, redrapage des paupières ou du visage, remplissage des lèvres et des joues, greffe de cheveux ou pose d'implants capillaires ou encore redrapage des fesses ou pose d'implants glutéaux).

Garantie Projet famille : Remboursement des frais pour les services reçus dans une clinique de fertilité au Canada, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ à vie, pour vous, votre conjoint admissible au sens indiqué dans la définition de personne à charge, ou pour la mère porteuse nommée dans l'accord de maternité de substitution.

- **Services médicaux liés à la fertilité**, notamment :
 - les honoraires de médecin;
 - les tests de diagnostic et génétiques, les analyses laboratoire et l'imagerie médicale;
 - la cryoconservation et les services liés au prélèvement, à la sélection, à l'analyse, au nettoyage et à la préparation du sperme;
 - l'insémination artificielle (IA), l'insémination intra-utérine (IIU), la fécondation in vitro (FIV), l'éclosion assistée, l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS) et la maturation in vitro (MIV).

Remarque : Les médicaments contre la stérilité admissibles sont assujettis aux maximums et limitations applicables aux médicaments d'ordonnance.

- **Services médicaux liés à la maternité de substitution**, notamment :

- les honoraires de médecin;
- les tests de diagnostic et génétiques, les analyses laboratoire et l'imagerie médicale;
- la cryoconservation et les services liés au prélèvement, à la sélection, à l'analyse, au nettoyage et à la préparation du sperme;
- l'insémination artificielle (IA), l'insémination intra-utérine (IIU), la fécondation in vitro (FIV), l'éclosion assistée, l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS) et la maturation in vitro (MIV);
- les médicaments d'ordonnance admissibles destinés à la mère porteuse doivent être inscrits sur le reçu de la clinique de fertilité et sont assujettis au maximum applicable à la garantie Projet famille.

Important : Pour que les frais soient admissibles, vous **devez** joindre à votre première réclamation une copie de l'accord de maternité de substitution indiquant le nom de la mère porteuse qui a engagé les frais. Le nom de la personne adhérente et le nom de la mère porteuse doivent être indiqués sur votre première réclamation. Les dépenses engagées pour la mère porteuse seront remboursées à la personne adhérente.

La présente garantie **n'inclut pas** les frais facturés par une agence de maternité de substitution ni les dépenses non médicales engagées par la mère porteuse, notamment les vêtements de maternité, les suppléments nutritifs et les frais de transport pour se rendre à des rendez-vous médicaux.

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 consultation ou par quart de travail, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ tous les 12 mois. Aucun montant ne sera payé pour des services de garde ni pour des services qui ne requièrent pas le niveau d'aptitude d'un inf. aut. ou d'un 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 GreenShield.

Services professionnels : Remboursement des services des praticiens inclus, jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des garanties, 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 GreenShield. Veuillez communiquer avec le Centre de service à la clientèle de GreenShield 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 GreenShield 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.

GreenShield 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 de ce 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 GreenShield.

Dans le cas d'un accident dentaire, les réclamations doivent être soumises au titre de la garantie de soins de santé avant d'être soumises au titre de garantie de soins dentaires.

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

- lunettes ou lentilles cornéennes d'ordonnance;
- 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;
- examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, ophtalmologiste ou médecin autorisé. Cette protection est offerte uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance maladie;
- pièces de rechange de lunettes d'ordonnance;
- chirurgie des yeux au laser;
- lunettes de soleil sans ordonnance prescrites par un praticien dûment qualifié pour le traitement de certaines maladies ou affections ophtalmologiques;
- lunettes de sécurité d'ordonnance.

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- lunettes de sécurité sans ordonnance;
- traitement médical ou chirurgical, sauf s'il est expressément nommé et considéré comme admissible sous Soins de la vue;
- procédures particulières ou inhabituelles comme l'entraînement visuel (sauf s'il est expressément nommé et considéré comme admissible sous Soins de la vue), le traitement orthoptique, 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

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 réclamation 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 rédigée 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) 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 GreenShield, 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 l'assurance médicaments;
 - 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 GreenShield) 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 GreenShield, le preneur de contrat 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 preneur de contrat ou un praticien employé par le preneur de contrat, 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 s'il est expressément nommé et considéré comme 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 s'il est expressément nommé et considéré comme admissible 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 si elles sont expressément nommées et considérées comme admissibles au titre du régime);
- p) qui concernent des examens audiométriques ou des tests d'évaluation d'appareils auditifs (sauf s'ils sont expressément nommés et considérés comme 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 réclamations 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 garanties pour les réclamations 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.

ASSURANCE VOYAGE

Important : Le présent sommaire comprend les exigences, limitations 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 GreenShield. Veuillez prendre le temps de lire ce sommaire avant de voyager pour vous assurer d'en connaître les modalités, et de prendre note de ce qui suit :

- À l'exception des **services d'orientation**, cette protection voyage ne s'applique qu'en cas d'**urgence** médicale et offre une couverture pendant que vous vous trouvez temporairement à l'extérieur de votre province ou de votre territoire de résidence habituel, pour des vacances, des raisons de formation ou d'affaires. Elle ne couvre aucun traitement, aucune intervention chirurgicale, aucune procédure, ni aucun autre service non urgent, esthétique ou expérimental, planifié ou non, que la personne couverte choisit de recevoir à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence.
- GreenShield se réserve le droit d'examiner vos renseignements médicaux au moment de la réclamation. Toutes les procédures invasives ou d'investigation doivent être approuvées au préalable par le service Assistance voyage de GreenShield. Si la personne couverte est le patient et qu'il lui est impossible sur le plan médical d'appeler le service Assistance voyage de GreenShield 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 GreenShield 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 GreenShield indiquent qu'aucun autre traitement n'est requis à destination ou que vous êtes en mesure de retourner dans votre province ou territoire de résidence pour recevoir d'autres traitements. Si le service Assistance voyage de GreenShield 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, les frais pour les traitements ne seront pas admissibles, 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 que les frais soient admissibles, 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 limitations sont exprimés en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux personnes adhérentes, 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 réclamation.
- Les frais admissibles sont limités au maximum de jours par voyage indiqué dans le Sommaire des garanties 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 garanties, la protection sera prolongée jusqu'à ce que vous obteniez votre congé de l'hôpital.

Les frais 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** – 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 GreenShield. Votre régime provincial ou territorial d'assurance maladie peut couvrir ces frais entièrement. Vous devez fournir à GreenShield 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. **À moins d'avoir obtenu une autorisation au préalable, aucun paiement ne sera versé.**

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 GreenShield.

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

Remboursement des médicaments d'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 GreenShield 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 GreenShield, accompagnés des radiographies dentaires;
- le traitement pour soulager les douleurs dentaires jusqu'à un maximum 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 GreenShield 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.
- Si le service Assistance voyage de GreenShield 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; et
 - les frais supplémentaires engagés pour l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique pour un compagnon de voyage.

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.

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 GreenShield 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 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, y compris 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 voyageant avec vous, 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 de vos personnes à 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 garantie est limitée à 5 000 \$. La protection ne couvre pas le coût d'un cercueil ou d'une urne ni les frais liés aux funérailles, comme le maquillage, les vêtements, les fleurs, les cartes, la location de l'église, etc.

Services paramédicaux jusqu'à un maximum de 500 \$ par praticien et par urgence (y compris les radiographies) pour les services d'un chiropraticien, physiothérapeute, d'un podiatre, d'un 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 GreenShield, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour l'une des protections 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 ou territoire 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.

SERVICE ASSISTANCE VOYAGE DE GREENSHIELD

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

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 réclamations.
- 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 GreenShield.

Indiquez votre numéro d'identification GreenShield qui se trouve sur votre carte d'identification GreenShield, et expliquez votre urgence médicale. **Vous devez toujours être en mesure de fournir votre numéro d'identification GreenShield 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 GreenShield 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 GreenShield décrites ci-dessus.

Le service Assistance voyage de GreenShield 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 GreenShield et soumettez-les à votre retour au Canada pour remboursement.

Limitations

1. L'assurance entre en vigueur au moment où vous ou votre personne à 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 GreenShield 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 GreenShield avant de recevoir un traitement d'urgence, le service Assistance voyage de GreenShield 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 GreenShield 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 GreenShield 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 réclamation 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 GreenShield 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 :
 - aucun remboursement ne sera effectué pour les traitements médicaux subséquents;
 - aucun remboursement ne sera effectué 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 GreenShield 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 certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont remis au service Assistance voyage de GreenShield;
 - la preuve de paiement (y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est transmise au service Assistance voyage de GreenShield.

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 GreenShield pour obtenir des conseils avant de partir, car nous pourrions être incapables de garantir des services d'assistance;
7. Le service Assistance voyage de GreenShield 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 GreenShield 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 limitations, 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

En plus des exclusions applicables aux soins de santé, les éléments suivants des réclamations au titre de l'assurance 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 GreenShield;
 - 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 GreenShield se réserve le droit d'examiner les renseignements médicaux de la personne couverte au moment de la réclamation. 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 GreenShield ou soumet une déclaration ou une réclamation 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) 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 GreenShield.
4. Frais engagés pour des services reçus après que le service Assistance voyage de GreenShield 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 GreenShield.
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.

GreenShield 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 GreenShield.

SOINS DENTAIRES

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

Soins de base

Services de diagnostic et de prévention de base :

- Examens buccaux complets, une fois tous les 6 mois
- Examens buccaux d'urgence et spécifiques
- Radiographies complètes et panoramiques une fois tous les 2 ans
- Radiographies interproximales, une fois par période de rappel
- Examens de rappel une fois tous les 6 mois
- Nettoyage des dents (jusqu'à 1 unité de polissage et 1 unité de détartrage) une fois par période de rappel
- Application topique de fluorure, une fois par période de rappel pour les personnes couvertes de moins de 17 ans
- Conseils d'hygiène buccodentaire une fois à vie
- Nettoyage des prothèses dentaires, une fois par période de rappel
- Résines pour scellement des puits et fissures des molaires seulement pour les personnes couvertes de moins de 16 ans

Services de restauration de base :

- Amalgames dentaires, restaurations esthétiques de remplissage et obturations sédatives temporaires

Chirurgie buccale mineure :

- Extractions de dents ou de racines résiduelles

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

Soins de base étendus

Services de prothèses standard :

- Ajustements de prothèses dentaires et procédures de remontage et d'équilibrage, au plus tôt 3 mois après la mise en place d'une prothèse
- Réparation de prothèses dentaires ou ajout de dents
- Regarnissage et rebasage standard de prothèses dentaires une fois tous les 2 ans, au plus tôt 6 mois après la mise en place 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

Chirurgie buccale complète :

- Exposition chirurgicale, repositionnement, transplantation ou énucléation de dent
- Rénovation et remodelage – Façonnage ou restructuration de l'os ou de la gencive
- Excision – Ablation de kystes et de tumeurs
- Incision, drainage ou exploration de tissus mous ou durs
- Fractures, y compris le traitement de la luxation ou d'une fracture de la mâchoire inférieure ou supérieure et réparation des lacérations des tissus mous
- Malformations maxillofaciales – Frénectomie – Chirurgie sur le pli du tissu reliant la lèvre à la gencive ou la langue au plancher de la bouche

Traitement endodontique :

- Traitement de canal
- Pulpotomie (retrait de la pulpe de la partie coronaire de la dent)
- Pulpectomie (ablation de la pulpe de la couronne et de la racine de la dent)
- Apexification (contribuant à la fermeture de l'extrémité de la racine)
- Curetage apical, résections radiculaires et obturations rétrogrades (nettoyer et enlever les tissus malades de l'extrémité de la racine)
- Amputation et hémisection radiculaire
- Blanchiment des dents non vitales
- Procédures d'urgence, y compris l'ouverture ou le drainage de la gencive ou de la dent

Traitement parodontal :

- Traitement de l'os et des gencives malades
- Détartrage parodontal ou surfaçage radiculaire, 8 unités de temps tous les 12 mois
- Équilibration de l'occlusion – Meulage sélectif des surfaces dentaires pour ajuster l'occlusion, 2 unités de temps tous les 12 mois

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

- Appareil contre le bruxisme, maximum d'un appareil tous les 24 mois

Soins majeurs

- Restaurations standard de couronnes et d'incrustations lorsque nécessaires pour le remplacement de dents naturelles ou pour réparer des dents naturelles malades ou endommagées de façon accidentelle, une fois tous les 5 ans
- Ponts standard, y compris les pontiques, points d'appui et couronnes piliers lorsque nécessaires pour le remplacement de dents naturelles une fois tous les 5 ans
- Prothèses dentaires ordinaires, prothèses complètes, immédiates, de transition et partielles, lorsque nécessaires pour le remplacement de dents naturelles une fois tous les 5 ans
- Réparation ordinaire ou recollage de couronnes, d'incrustations et de ponts sur des dents naturelles;
- Restaurations par incrustations standard

Remarque : Les implants dentaires ne sont pas couverts par ce régime.

Soins orthodontiques

- Remboursement d'un traitement orthodontique pour redresser les dents ou corriger l'occlusion
- Mainteneurs d'espace pour les personnes couvertes de 17 ans et moins

Les reçus de paiement doivent être envoyés à GreenShield au plus tard 12 mois après la date à laquelle le service a été fourni pendant que le traitement était en cours, et non à la fin du traitement.

Si le traitement orthodontique est interrompu pour quelque raison que ce soit avant son achèvement, l'obligation de payer les frais cesse avec le paiement à la date de l'interruption. Si ces services sont repris, le paiement pour les services restants sera effectué. Le remboursement pour les soins orthodontiques ne sera effectué que pour les mois pendant lesquels la couverture est en vigueur.

Clause de traitement équivalent

Le régime d'assurance 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 réclamation sera retardée.

Limitations

1. Les services de laboratoire qui dépassent 40 % des honoraires du dentiste dans le guide des tarifs applicable figurant dans le Sommaire des garanties seront réduits en conséquence. Les services de laboratoire doivent être réalisés en concomitance avec d'autres services, et leur remboursement est limité au même pourcentage que le service pour lequel le service de laboratoire a été reçu.
2. Le remboursement sera effectué selon les services, fournitures ou traitements de base ou standard. Les frais 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 Sommaire des garanties.
4. Si ce régime couvre les soins endodontiques, 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, des canaux calcifiés et des reprises de traitement ne sont pas inclus. Le total des frais de traitement de canal comprend les pulpotomies et pulpectomies effectuées sur la même dent.
5. Les surfaces communes sur la même dent ou le même jour seront considérés comme une seule surface. Si les surfaces individuelles sont rétablies sur la même dent ou le même jour, le paiement sera évalué selon le code de procédure représentant la surface combinée. Le paiement sera limité à un maximum de 5 surfaces dans toute période de 36 mois.
6. Lorsque plusieurs interventions chirurgicales, y compris de multiples opérations parodontales si ce régime couvre les soins parodontiques, sont exécutées lors d'un même rendez-vous dans la même région de la bouche, seul l'acte le plus complet sera admissible au remboursement, car les frais pour chaque acte sont basés sur le traitement complet et sont réputés faire partie du facteur de réduction pour services multiples.
7. Si ce régime couvre les soins majeurs (couronnes), 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.
8. Si ce régime couvre les soins parodontiques, le surfaçage radiculaire n'est pas admissible s'il est fait en même temps que le curetage gingival.
9. Dans le cas d'un accident dentaire, les réclamations doivent être soumises au titre du régime de soins de santé avant d'être soumises au titre du régime de soins dentaires.

Exclusions

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; ou
 - 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. Traitements, médicaments, fournitures ou services non urgents reçus à l'extérieur du Canada.
5. Frais pour faire traduire ou remplir des formulaires de réclamation ou des rapports d'assurance.
6. 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. Restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion acide, de la dimension verticale ou d'une occlusion.
8. Appareils liés au traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles de diagnostic, les déterminants gnathologiques, l'entretien, les réglages, réparations et rebasages.
9. Pontiques ou dents postérieures en porte à faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces.
10. Services et frais de soins dentaires sous anesthésie.
11. Diagnostic ou appareils de repositionnement intrabuccal, y compris l'entretien, les réglages, les réparations et les réfections liés au traitement de la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.
12. 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 GreenShield, 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 médicaments;
 - 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](#)).

13. Services ou fournitures :

- a) qui ne sont pas recommandés, fournis, ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GreenShield) 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 GreenShield, le preneur de contrat 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 preneur de contrat ou un praticien employé par le preneur de contrat, 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 des frais de livraison et de transport;
- m) qui sont des dispositifs ou des appareils prothétiques de rechange;
- n) 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;
- o) 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 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 réclamations avaient été soumises correctement et en temps opportun;
- p) qui concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule automobile.
Remarque : Le remboursement des frais découlant d'accidents de la route et admissibles 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) 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.

COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)

Votre CFSS est assujéti aux règles et aux règlements de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. En cas de disparité, la *Loi de l'impôt sur le revenu* prévaut. La responsabilité du CFSS incombe uniquement à votre preneur de contrat.

Votre CFSS est offert par votre preneur de contrat et est administré par GreenShield.

Votre CFSS est un compte de frais provisionné par votre preneur de contrat que vous pouvez utiliser pour régler des frais de soins médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts par votre régime de prestations collectif ni par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Au début de chaque année de régime, un montant forfaitaire sera déterminé, selon le barème des prestations, pour être porté à votre compte sous forme de versements annuels pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées au cours de cette année de régime. Lorsque vous soumettez une réclamation, vous serez remboursé pour le montant des dépenses admissibles jusqu'à concurrence du solde de votre compte.

Tout solde de votre compte au dernier jour de l'année de régime est reporté à l'année de régime suivante, mais pas au-delà de la fin de l'année visée par ce report. Ce solde s'ajoute à vos nouveaux crédits, et le montant des réclamations de la nouvelle année de régime est imputé au compte réapprovisionné, les crédits de l'année de régime précédente étant utilisés en premier lieu. À la fin de la nouvelle année de régime, tout solde reporté de l'année de régime précédente qui reste est perdu.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles comprennent notamment les dépenses admissibles en tant que crédits d'impôt pour frais médicaux conformément aux lignes directrices en matière d'impôt sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Elles comprennent également le montant de la franchise et le pourcentage non couvert par le régime de prestations collectif ou le montant qui dépasse les maximums prévus par le régime de prestations collectif.

Pour consulter la liste des frais médicaux admissibles, visitez notre site Web à greenshield.ca, ou, pour obtenir de plus amples renseignements, vous pouvez aussi vous rendre à un bureau de l'ARC ou visiter le site Web de l'ARC.

Exclusions

Les dépenses non admissibles au remboursement sont assujétiées aux restrictions et limites applicables aux frais non admissibles que prévoit la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. En voici des exemples :

- a) primes versées à un régime provincial d'assurance-maladie ou hospitalisation; et
- b) frais médicaux pour lesquels vous ou la personne à votre charge êtes remboursés ou êtes admissibles à un remboursement au titre d'un régime provincial d'assurance-maladie, de votre régime de prestations collectif ou du régime de prestations collectif de votre conjoint.

Congé de maternité, congé d'adoption et congé parental

Si vous décidez de continuer à cotiser à votre régime collectif, vous pouvez soumettre des réclamations pour des dépenses engagées avant et pendant votre congé.

COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP)

Votre CDP est offert par votre preneur de contrat et est administré par GreenShield. Votre preneur de contrat se réserve le droit d'annuler ou de modifier les dispositions du CDP de sorte que le programme réponde à l'objectif souhaité, de favoriser la santé et le bien-être des personnes adhérentes.

Votre CDP consiste en un compte de dépenses provisionné par votre preneur de contrat. Ce compte peut servir à régler une variété de frais engagés pour votre bien-être personnel non couverts par votre régime de prestations collectif ou votre régime provincial d'assurance-maladie. Les dépenses faisant l'objet d'une réclamation sont assujetties à l'impôt sur le revenu selon les directives de l'Agence du revenu du Canada.

Au début de chaque année de régime, un montant forfaitaire prédéterminé, tel qu'il est indiqué dans le barème des prestations, sera porté à votre compte tous les ans pour couvrir le remboursement de vos dépenses admissibles engagées au cours de cette année de régime. Lorsque vous soumettez une réclamation, vous serez remboursé pour le montant des dépenses admissibles jusqu'à concurrence du solde de votre compte.

Tout solde de votre compte au dernier jour de l'année de régime est reporté jusqu'à la fin de l'année de régime suivante, la période du report ne pouvant excéder 12 mois. Ce solde s'ajoute à vos nouveaux crédits, et le montant des réclamations de la nouvelle année de régime est imputé au compte réapprovisionné, les crédits de l'année de régime précédente étant utilisés en premier lieu. À la fin de la nouvelle année de régime, tout solde reporté de l'année de régime précédente qui reste est perdu.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les éléments suivants sont couverts au titre du compte de dépenses personnelles. Ces éléments constituent une protection imposable. Par conséquent, toutes les dépenses soumises en vue d'un paiement figureront sur le feuillet T4A qui vous sera remis par le preneur de contrat. Avant de vous procurer un élément non compris dans cette liste, il est préférable d'en discuter avec votre service des Ressources humaines afin de déterminer votre admissibilité à un éventuel paiement.

Frais liés aux sports et au conditionnement physique

Frais de programme récréatif, de cours, d'inscription d'équipe

Entraînement personnel, consultation

Cotisations annuelles, club, villégiature, parc

Inscription ou droits pour activités récréatives, participation à une épreuve individuelle

Cotisations annuelles à un gymnase, un centre de conditionnement physique, une piscine

Équipement de conditionnement physique

Équipement de conditionnement physique

Matériel de sport

Vélo (manuel)

Moniteur de fréquence cardiaque

Accessoires et tenue de sport pour athlétisme

Wii Fit ou Xbox Kinect, PlayStation Fitness (système récréatif non compris)

Matériel de pêche

Soins familiaux

Garde d'enfants
Soins aux personnes âgées
Produits et services d'aide à domicile (lève-personnes et aides techniques)
Programmes et services de soutien aux aidants naturels

Études et perfectionnement personnel

Passe-temps et cours d'intérêt général
Droits de scolarité et livres
Formation, cours, tutorat, secourisme, RCP
Désignation professionnelle et droits d'adhésion ou cotisations
Ordinateur personnel et accessoires
Matériel et instruments de musique

Services de mieux-être

Programmes d'abandon du tabac
Équipement de sécurité
Évaluations de santé
Programmes de perte de poids, conseils (à l'exclusion des aliments)
Conseils nutritionnels
Vitamines, suppléments, produits naturels
Services de maternité (cours prénatals et services de sage-femmes)
Programmes de gestion du stress
Examens médicaux
Praticiens de médecines parallèles (réflexologue, iridologue, herboriste, homéopathe, praticien de médecine chinoise, thérapeute en shiatsu, acupuncteur)
Services de santé holistique

Services professionnels non liés à la santé

Services juridiques
Services financiers

Primes d'assurance

Régime individuel de soins de santé et dentaires
Régime individuel d'assurance-vie et d'assurance invalidité
Régime individuel d'assurance voyage
Régime individuel d'assurance maladies graves
Régime individuel de soins de longue durée

RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS

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 1 833 880-0087 pour déterminer l'admissibilité d'un article ou d'un service en particulier et les conditions d'autorisation préalable de GreenShield; ou
- visitez notre site Web à greenshield.ca pour transmettre votre question par courriel.

Soumission des réclamations

Les formulaires de réclamation, y compris les formulaires d'autorisation préalable et toutes les précisions utiles sur la soumission d'une réclamation, se trouvent à greenshield.ca.

Veuillez noter qu'en plus d'un formulaire de réclamation 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**).

GreenShield se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires sur les réclamations. Le défaut de répondre à de telles exigences pourrait entraîner le refus des réclamations.

L'omission, la déclaration inexacte ou la falsification délibérée de tout renseignement concernant une réclamation constituent une fraude. La soumission d'une réclamation frauduleuse constitue un acte criminel et sera signalée aux autorités de police ou aux organismes de réglementation compétents et au preneur de contrat. Elle pourrait entraîner la résiliation de votre couverture dans le cadre du présent régime d'assurance.

Assurance voyage

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

Pour obtenir de l'aide et le formulaire de réclamation 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 GreenShield.

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

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

- Le formulaire de réclamation rempli et signé qui vous est fourni par le service Assistance voyage de GreenShield lorsque l'avis de réclamation a été donné, que vous devez remplir et signer afin de permettre au service Assistance voyage de GreenShield de recouvrer le paiement au titre de tout autre contrat d'assurance ou régime d'assurance maladie (collectif, individuel ou gouvernemental).
- Un formulaire de réclamation dûment rempli et signé accompagné de 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 réclamation 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 GreenShield peut demander ou exiger.

COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ

Votre compte de frais pour soins de santé (CFSS) et vos garanties de soins de santé et de soins dentaires ne sont pas coordonnés automatiquement. Si vous souhaitez activer cette fonctionnalité, vous pouvez le faire dans les services en ligne des personnes adhérentes (le Centre de service à la clientèle de GreenShield ne peut pas activer cette fonctionnalité pour vous).

Coordination automatique de votre CFSS

Vos réclamations de soins de santé et dentaires seront automatiquement coordonnées avec votre CFSS. Vous devez payer au fournisseur de services la partie de la réclamation couverte par votre CFSS, et vous serez automatiquement remboursé par votre compte sans avoir à soumettre une réclamation sur papier. La réclamation **ne sera pas** réorientée vers un régime secondaire (coordination des prestations) avant d'être payée par le CFSS.

Coordination manuelle de votre CFSS

Si vous choisissez **de ne pas** faire coordonner automatiquement toutes vos réclamations de frais médicaux et dentaires traditionnels avec votre CFSS, vous devez payer au fournisseur de services la partie de la réclamation couverte par votre CFSS, puis nous envoyer un formulaire de réclamation accompagné d'une preuve de paiement. Vous pouvez indiquer sur ce formulaire de réclamation si vous souhaitez que vos frais admissibles soient d'abord payés par votre régime de soins de santé ou de soins dentaires de GreenShield, et que toute partie non payée de vos frais admissibles soit payée par votre CFSS.

Dépenses du CDP

Pour le CDP, envoyez un formulaire de réclamation du CDP à GreenShield afin que vos dépenses admissibles soient payées à même votre CDP.

Période de soumission des réclamations

Toutes les réclamations relatives aux soins de santé et dentaires et au voyage doivent parvenir à GreenShield au plus tard 12 mois à compter de la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés.

Toutes les réclamations relatives au CFSS doivent parvenir à GreenShield au plus tard 90 jours après la fin de l'année de régime ou au plus tard 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, la date de votre retraite, la date de votre décès ou la date de votre congé autorisé (autre qu'un congé de maternité, d'adoption ou parental).

Toutes les réclamations relatives au CDP doivent parvenir à GreenShield au plus tard 90 jours après la fin de l'année de régime ou au plus tard 12 mois à partir de la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés après la date de votre cessation d'emploi.

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 toutes les limitations sont exprimés en dollars canadiens. Le remboursement sera effectué en dollars canadiens ou en dollars américains, tant aux fournisseurs qu'aux personnes adhérentes, en fonction du pays du bénéficiaire.

Paiements excédentaires

GreenShield se réserve le droit de recouvrer tous les paiements excédentaires ou non justifiés effectués dans le cadre de votre régime, en les déduisant des futures réclamations ou en ayant recours à tout autre moyen légal.

Prescription des actions en justice

En Ontario, toute action ou procédure intentée contre GreenShield en vue de recouvrer des montants d'assurance 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 GreenShield en vue de recouvrer des montants d'assurance 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*.

Subrogation

GreenShield pourra exercer son droit de subrogation à l'égard des prestations. Ainsi, si GreenShield a effectué des paiements en votre nom ou au nom d'une de vos personnes à charge, mais que ceux-ci auraient dû être faits ou seront faits subséquemment, en tout ou en partie, au titre d'une assurance responsabilité civile ou d'une autre entente, GreenShield a le droit de recouvrer les montants payés en trop. Dans un cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

Coordination des prestations

Si vous avez droit à des prestations en vertu de plus d'un régime d'assurance collective, vos prestations au titre du présent régime seront coordonnées avec celles de l'autre régime de sorte que jusqu'à 100 % des frais admissibles engagés pourraient vous être remboursés.

Les réclamations doivent d'abord être soumises au payeur principal. Les soldes impayés devraient ensuite être soumis aux régimes secondaires. Si GreenShield est désignée comme assureur secondaire, il faut soumettre le relevé des prestations original de l'assureur principal et une copie du formulaire de réclamation afin de recevoir tout solde dû.

Utilisez les directives suivantes pour identifier les régimes principal et secondaire :

Personne adhérente de GreenShield

GreenShield est toujours votre principal assureur. Si vous êtes une personne adhérente au titre de deux régimes collectifs, la priorité est donnée dans l'ordre suivant :

- Régime où vous êtes une personne adhérente à temps plein
- Régime où vous êtes une personne adhérente à temps partiel
- Régime où vous êtes un retraité

Conjoint

Si votre conjoint est une personne adhérente d'un autre régime d'assurance, dans son cas le régime de GreenShield est le régime secondaire. Votre conjoint doit d'abord soumettre ses réclamations à son régime.

Enfants

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

- 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 réclamations 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.

Assurance voyage

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

Accès à l'information

Si vous êtes résident d'une province où la loi vous autorise à demander une copie de vos dossiers, GreenShield 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 GreenShield;
- b) toute déclaration écrite ou tout autre document concernant votre état de santé que vous avez soumis à GreenShield dans le cadre de votre demande de couverture au titre du présent régime;
- c) une copie du contrat collectif.

GreenShield pourrait exiger des frais pour fournir des copies supplémentaires.