

Fiducie de soins de santé des retraités du secteur de l'automobile (FSSRSA)



rsa FIDUCIE
SOINS DE SANTÉ DES RETRAITÉS

**Retraités de GMCL
Régime de prestations
de soins de santé**

À compter du 1^{er} janvier 2024

FIDUCIE DE SOINS DE SANTÉ DES RETRAITÉS DU SECTEUR DE L'AUTOMOBILE (FSSRSA) – HISTORIQUE

La Fiducie de soins de santé des retraités du secteur de l'automobile, aussi connue sous le nom de « rsaFiducie », est une nouvelle entité juridique créée dans le but de financer et d'administrer les prestations de soins de santé des retraités d'un groupe limité de retraités de Chrysler et de General Motors, de leurs conjoints survivants et des employés encore en service, représentés par le TCA (maintenant Unifor), depuis le 8 juin 2009 pour les employés de General Motors et le 4 mai 2009 pour les employés de Chrysler Canada de même que pour les personnes à leur charge (le « Groupe couvert »). La rsaFiducie tient un compte distinct pour chaque régime de retraités sous son administration. Ce livret, y compris les termes utilisés et la description des prestations, porte seulement sur le Régime de prestations de soins de santé des retraités GMCL-rsaFiducie.

L'établissement d'une fiducie indépendante de soins de santé était un préalable à l'aide financière fournie par l'État à General Motors pour sa restructuration, suite à la crise qu'a connue l'industrie automobile en 2008- 2009, et comprenait une demande de protection contre les risques de faillite par la société mère de General Motors aux États-Unis. Dans le cadre de cette restructuration, le TCA a accepté de modifier sa convention collective signée avec General Motors et a convenu d'un cadre qui permettrait à General Motors de transférer à un fonds fiduciaire indépendant la responsabilité des prestations de soins de santé des retraités.

La convention signée entre le TCA et General Motors en vue de la création de la rsaFiducie a fait l'objet d'un recours collectif en 2011, dans lequel des représentants choisis par un tribunal du Québec et de l'Ontario, issus ni du TCA ni de General Motors, représentaient les retraités et leurs conjoints survivants (les « Représentants des retraités »). Les Représentants des retraités ont sollicité les services d'avocats indépendants et ont reçu des conseils de leur actuaire. Les différentes parties au recours collectif, parmi lesquelles les Représentants des retraités, le TCA et General Motors, sont parvenues à un règlement le 23 août 2011 (le « Règlement »), qui a été approuvé par une ordonnance du tribunal en date du 13 septembre 2011 dans la procédure de l'Ontario et du 19 septembre 2011 dans la procédure du Québec (« Ordonnances d'homologation »).

Le Règlement et les Ordonnances d'homologation ont mis fin à l'obligation de General Motors de fournir des prestations de soins de santé au Groupe couvert et ont été à l'origine de la création de la rsaFiducie pour la fourniture des prestations de soins de santé aux retraités qui, auparavant, était du ressort de General Motors selon les conventions collectives signées avec le TCA (le « Programme de soins de santé de General Motors »).

La rsaFiducie offre des prestations de soins de santé complémentaires aux programmes de soins de santé de l'État, mais non couvertes par ce dernier. Les prestations offertes par la rsaFiducie aux anciens employés de General Motors et aux personnes à leur charge doivent être financées exclusivement par les actifs mis à la disposition de la rsaFiducie et destinés au régime de prestations de General Motors. Ces actifs sont constitués d'un apport initial en espèces et de billets à ordre provenant de General Motors tel que l'exige le Règlement, ainsi que des contributions mensuelles des membres. L'apport initial en espèces provenant de General Motors et les contributions des membres ne seront pas suffisants pour financer toutes les prestations offertes précédemment par General Motors au Groupe couvert. La rsaFiducie est tributaire de la réception de paiements futurs de la part de General Motors, conformément aux billets à ordre, et ceux-ci dépendront de la solvabilité de General Motors et de sa capacité à effectuer les paiements à l'échéance.

Cependant, les contributions reçues par la rsaFiducie ne peuvent être utilisées que dans le cadre de la fourniture des prestations de soins de santé au Groupe couvert de General Motors. Elles seront séparées des actifs de General Motors et ne seront mises à la disposition ni de General Motors, ni de ses créanciers si General Motors fait face à des difficultés financières à l'avenir, ni mises à disposition pour financer les prestations du régime des retraités Chrysler ou de tout autre régime de prestations administré par la rsaFiducie.

La capacité de la rsaFiducie de fournir des prestations de soins de santé aux retraités à l'avenir dépend d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels figurent le coût des prestations, le coût de l'administration du régime de prestations et le rendement des investissements, entre autres. Par conséquent, les Fiduciaires de la rsaFiducie ont le pouvoir de modifier, réduire, augmenter, renvoyer, suspendre ou mettre fin aux prestations et pourront le faire dans le but de s'assurer, autant que possible, que les membres actuels et futurs de la rsaFiducie, faisant partie du Groupe couvert de General Motors, recevront des niveaux de couverture similaires ou la valeur des prestations de soins de santé à la retraite.

La rsaFiducie doit également se conformer à la législation en vigueur, y compris la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada, qui a été révisée pour prendre en compte la rsaFiducie en créant une nouvelle entité définie comme étant une « fiducie de soins de santé au bénéfice d'employés » ou « FSSBE ». Les dispositions de la FSSBE de la *Loi de l'impôt sur le revenu* précisent les conditions à remplir par la rsaFiducie, y compris les personnes pouvant faire partie de la FSSBE ainsi que le type de prestations que celle-ci peut fournir. Les Fiduciaires doivent s'assurer que la rsaFiducie respecte les dispositions de la FSSBE. Ainsi, les prestations offertes et le droit de participation au régime de prestations peuvent être modifiés par les Fiduciaires dans le but de se conformer aux dispositions de la FSSBE de la *Loi de l'impôt sur le revenu* suivant leur révision éventuelle.

ADMINISTRATION DE LA FIDUCIE DE SOINS DE SANTÉ DES RETRAITÉS DU SECTEUR DE L'AUTOMOBILE (FSSRSA)

Les conditions régissant l'administration de la rsaFiducie sont définies dans la Déclaration de fiducie modifiée et reformulée signée le 12 août 2011 et dont la forme a été approuvée par le tribunal dans les Ordonnances d'homologation (la « Convention de fiducie »). C'est le Conseil des fiduciaires qui dispose de l'autorité suprême sur la rsaFiducie et le régime de prestations. Celui-ci est constitué de cinq fiduciaires désignés par Unifor, et de cinq fiduciaires indépendants spécialisés dans des domaines associés à la gestion d'un régime de prestations de soins de santé (les « Fiduciaires »).

Le Conseil des fiduciaires a la responsabilité de tous les aspects de la gestion et de l'administration de la rsaFiducie, y compris le pouvoir de recruter son propre personnel et les conseillers professionnels. Par ailleurs, la Convention de fiducie donne aux Fiduciaires le pouvoir de mettre sur pied un régime de prestations, y compris le pouvoir de déterminer les prestations à offrir, les niveaux de prestations, les règles d'admissibilité et le montant des contributions des membres. Ces conditions générales, ainsi que les descriptions légales des prestations, sont définies dans le document du régime de prestations, joint en tant qu'Annexe « B » à la Convention de fiducie et peuvent être modifiées à tout moment par les Fiduciaires (le « Régime de prestations »).

Le fonctionnement au quotidien de la rsaFiducie et du Régime de prestations relève de la responsabilité du directeur exécutif, recruté et supervisé par les Fiduciaires.

CONTENU DU LIVRET

Le présent livret sert de résumé clair des principaux éléments de votre Régime de prestations de soins de santé qui assure la couverture des frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales, aux soins médicaux, aux soins infirmiers à domicile, aux soins de longue durée, aux soins hors province, aux médicaments d'ordonnance, aux soins dentaires, aux soins de santé complémentaires, aux soins de la vue et aux prothèses auditives.

Les prestations de base pour les frais d'hospitalisation, les opérations chirurgicales et les soins médicaux sont offertes par votre régime provincial d'assurance-maladie. Toutes les autres prestations pour les frais de soins de santé sont administrées par Green Shield Canada. Green Shield administre les prestations mais ne les assure pas. La rsaFiducie est responsable du paiement de ces prestations non assurées.

Le présent livret n'octroie et ne crée pas les droits ni ne les détient. Il n'impose aucune obligation à Green Shield Canada, à la rsaFiducie ou aux Fiduciaires. Vos droits aux prestations et les obligations de la rsaFiducie relativement aux prestations, s'il en existe, figurent exclusivement dans le Régime de prestations, la Convention de fiducie et toute police d'assurance y afférente.

Le présent livret a été conçu pour vous donner, sous forme de résumé, des renseignements à propos des prestations auxquelles vous pourriez être admissible. Nous avons veillé à ce qu'il soit exact. Toutefois, en cas de conflit entre les termes utilisés dans ce livret et le Régime de prestations, la Convention de fiducie ou toute police d'assurance inhérente, les termes du Régime de prestations, de la Convention de fiducie ou des polices d'assurance sous-jacentes, selon le cas, doivent s'appliquer en lieu et place des termes contenus dans ce livret.

La rsaFiducie fournit une couverture pour les prestations de soins de santé énoncées dans le Régime de prestations seulement dans la mesure où les frais et services de soins de santé ne sont pas couverts par les régimes gouvernementaux d'assurance-maladie en vigueur. Le Régime de prestations ne fournira pas de couverture plus importante ni de prestations pour aucun service ou frais qui ne sont plus couverts, ni pour lesquels la couverture est réduite, au titre de tout régime gouvernemental d'assurance-maladie en raison de futurs changements au niveau de ces régimes, à moins que les Fiduciaires, à leur seule discrétion et sous réserve de leurs obligations en vertu de la Convention de fiducie, modifient le Régime de prestations pour fournir une telle couverture.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Des renseignements détaillés au sujet des prestations auxquelles vous pourriez être admissible ou relatifs au remboursement de frais de soins de santé peuvent être obtenus auprès de Green Shield Canada au 1 877 266-5494 ou au 519 739-1133, en choisissant l'invite 1. Les formulaires de demande de règlement sont accessibles en ligne à www.greenshield.ca, et toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés pour être admissibles à un remboursement aux termes du Régime de prestations. Veuillez vous reporter à la section XII. de ce livret pour obtenir les coordonnées des personnes à qui vous adresser chez Green Shield Canada pour obtenir des renseignements et les formulaires mentionnés dans ce livret.

TABLE DES MATIÈRES

<u>Section</u>	<u>Page N°</u>
Admissibilité	
I. Admissibilité à la couverture du Régime de prestations de soins de santé des retraités.....	1
A. Qui est admissible à la couverture.....	1
B. Quand commence la couverture	2
C. Personnes à charge admissibles	2
D. Couverture des personnes à charge parrainées	3
E. Quand s'arrête l'admissibilité d'une personne à charge.....	3
F. Signaler les changements dans le statut d'admissibilité.....	4
G. Limites du régime	4
Prestations	
II. Prestations pour les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux	4
A. Régime provincial d'assurance-maladie	4
B. Prestations pour les frais relatifs à l'hospitalisation en chambre à deux lits	5
C. Prestations pour les frais relatifs à la résidence dans un établissement de soins de longue durée.....	7
D. Prestations hors province pour les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux	9
E. Service Assistance-voyage de Green Shield Canada	11
III. Prestations de médicaments sur ordonnance	15
A. Médicaments couverts	15
B. Exclusions et limites	16
C. Cannabis thérapeutique	17
D. Comment demander des prestations pour les médicaments sur ordonnance	17
IV. Prestations de soins dentaires	18
A. Frais de soins dentaires couverts	18
B. Prestations maximales	20

C.	Prédétermination des prestations	20
D.	Limites	21
E.	Exclusions.....	22
F.	Comment demander des prestations de soins dentaires	24
V.	Prestations pour les frais relatifs aux soins de la vue	24
VI.	Prestations pour les frais relatifs aux prothèses auditives	26
VII.	Prestations de soins de santé complémentaires.....	28
A.	Prestations pour les frais relatifs aux services paramédicaux	28
B.	Services de soins infirmiers et de soutien à domicile	29
C.	Appareils de prothèse	30
D.	Équipement médical durable	31
E.	Compléments alimentaires.....	34
F.	Prestations pour les frais relatifs au transport d'urgence par ambulance aérienne et terrestre.....	35
G.	Tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique	36
H.	Dosage de l'antigène du cancer 125 (CA125).....	36
I.	Services de diagnostic en optométrie.....	36

Administration du régime

VIII.	Exclusions globales générales	37
IX.	Coordination des prestations	38
X.	Subrogation (responsabilité d'un tiers).....	38
XI.	Résiliation de la couverture du Régime de prestations de soins de santé	39
XII.	Demandes de renseignements et de règlement	40
XIII.	Engagement en matière de confidentialité	41

I. ADMISSIBILITÉ À LA COUVERTURE DU RÉGIME DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ DES RETRAITÉS

A. QUI EST ADMISSIBLE À LA COUVERTURE

Vous et les personnes inscrites à votre charge êtes admissibles aux prestations pour les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux, aux médicaments sur ordonnance, aux prothèses dentaires, aux soins de la vue ou aux prothèses auditives et à la couverture des soins de santé complémentaires, si vous faites partie du Groupe couvert de General Motors tel que le définit la Convention de fiducie et si vous ainsi que vos personnes à charge remplissez toutes les conditions d'admissibilité à la couverture dans le cadre du Régime de prestations (« Personne couverte »).

Le Groupe couvert de General Motors comprend les personnes suivantes :

- Un ancien employé de General Motors qui, au 8 juin 2009, avait pris sa retraite pendant qu'il était couvert par une Convention collective signée entre General Motors et le TCA, sans interrompre le service, y compris certains anciens employés admissibles travaillant dans une unité d'affaires cédée et qui ont choisi de recevoir une pension immédiate dans le cadre du Régime de pension de General Motors (ceci ne concerne pas un ancien employé ayant droit à une pension différée ou en bénéficiant) (un « Retraité »).
- Un employé de General Motors en service qui, au 8 juin 2009, était couvert par une Convention collective signée entre General Motors et le TCA (y compris les employés en congé, en mise à pied, en congé maladie ou autres n'ayant pas suspendu le service) et qui ne brise pas l'ancienneté entre le 8 juin 2009 et sa retraite avec une pension immédiate dans le cadre du Régime de pension de General Motors (un « Employé en service »).
- Le conjoint survivant d'un ancien employé décédé tel que décrit plus haut qui :
 - a. était un Retraité recevant une pension dans le cadre du régime de pension de General Motors; ou
 - b. était admissible à la retraite ou à la réception d'une pension immédiate dans le cadre du Régime de pension de General Motors au moment de son décès; ou
 - c. était un employé en service qui doit bénéficier ou qui est admissible à une pension immédiate du Régime de pension de General Motors au moment du décès; ou
 - d. était un employé en service couvert par une Convention collective donnant à son conjoint survivant droit à des prestations de soins de santé dans le cadre du Programme de soins de santé de General Motors, dont le conjoint survivant recevait des prestations de soins de santé immédiatement avant le 1^{er} janvier 2010. (« Conjoint survivant »)
- Une personne qui, à la date de l'Ordonnance d'homologation du tribunal ou après, est la personne à charge survivante de deux personnes décédées qui, de leur vivant, étaient des retraités de General Motors (y compris un Employé en service au moment de la retraite) ou un conjoint survivant tel que décrit ci-dessus (un « Orphelin à charge »).

B. QUAND COMMENCE LA COUVERTURE

Les Personnes couvertes deviennent admissibles aux prestations pour les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux, aux médicaments sur ordonnance, aux soins dentaires ainsi qu'aux frais relatifs aux prothèses auditives, aux soins de la vue et aux soins de santé complémentaires aux dates suivantes :

- Pour les Retraités, les Conjoints survivants, les personnes admissibles à leur charge et les Orphelins à charge, à la date d'entrée en vigueur du Régime de prestations – le 31 octobre 2011.
- Pour les Employés en service et les personnes admissibles à leur charge, le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il prend sa retraite avec une pension immédiate dans le cadre du Régime de pension de General Motors.
- Pour un Conjoint survivant ou un Orphelin à charge d'une personne couverte qui décède après le 31 octobre 2011, le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la couverture du défunt, dans le cadre du Régime de prestations, a été résiliée.

C. PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

Si vous êtes un retraité admissible tel que le définit le paragraphe A. ci-dessus, vos personnes à charge admissibles :

1. Votre **conjoint**. Votre conjoint est la personne avec laquelle vous êtes légalement marié, ou si vous n'êtes pas légalement marié, une personne qui :
 - a. vit avec vous et avec laquelle
 - b. vous entretenez une relation de cohabitation établie pendant une période continue d'au moins un an et
 - c. que vous reconnaissez publiquement comme étant votre conjoint(e).
2. Vos **enfants célibataires**, à condition qu'ils remplissent les conditions définies en d) ci-dessous, jusqu'à :
 - a. la fin de l'année civile durant laquelle ils atteignent 21 ans, sauf les enfants admissibles couverts sous b) ou c) ci-dessous;
 - b. la fin de l'année civile durant laquelle ils atteignent 25 ans, s'ils résident légalement avec vous ou sont membres de votre ménage et sont inscrits comme étudiants à temps plein à une école ou une université;
 - c. à tout âge s'ils deviennent totalement et définitivement invalides durant une période au cours de laquelle ils étaient admissibles à titre de personne à charge et selon les paragraphes a) ou b), du fait d'un problème de santé physique ou mentale déterminable les empêchant d'effectuer une activité rémunératrice et pouvant durer très longtemps ou pendant une période indéfinie ou pouvant entraîner la mort.
- d. Les enfants admissibles comprennent :
 - 1) Vos enfants biologiques, les enfants légalement adoptés ou ceux adoptés par ordonnance d'un tribunal, pendant qu'ils sont entièrement sous votre garde et qu'ils vivent légalement avec vous et dont vous avez la charge;

- 2) Les enfants de votre conjoint, pendant qu'ils sont sous la garde de ce dernier et qu'ils sont à sa charge, et qui vivent avec vous et sont un membre de votre ménage;
- 3) Les enfants, tels que définis plus haut, ne vivant pas avec vous mais qui dépendent légalement de vous en matière de soins de santé.

Si vous êtes un Conjoint survivant, les personnes admissibles à votre charge sont, entre autres : vos enfants célibataires tels que définis dans le paragraphe C.2, qui étaient couverts ou qui étaient admissibles à la couverture au moment du décès de votre conjoint.

Les enfants admissibles comprennent également les Orphelins à charge, à condition qu'ils aient été couverts au moment du décès de la Personne couverte et pendant aussi longtemps qu'ils continuent à respecter les critères ci-dessus ou jusqu'à ce qu'ils soient à la charge de quelqu'un d'autre.

Il peut vous être demandé de présenter des preuves d'admissibilité pour toutes les personnes à charge couvertes par le Régime de prestations. Celles-ci peuvent être constituées d'une requête annuelle attestant du statut d'admissibilité des enfants à charge âgés de 21 à 25 ans. L'omission de se conformer à ces requêtes peut entraîner le retrait de ces personnes à charge de la couverture. Si vous prouvez par la suite l'admissibilité des enfants à charge, la couverture sera restaurée de façon rétroactive jusqu'à 6 mois.

D. COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE PARRAINÉES

La couverture des frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales, aux soins médicaux, aux médicaments sur ordonnance, aux prothèses auditives, aux soins de la vue et aux soins de santé complémentaires est offerte aux personnes à charge parrainées, à condition que :

- la personne à charge ait des liens de parenté avec vous ou des liens par le mariage et qu'elle habite avec vous en tant que membre de votre ménage; et
- la personne en question soit, dans l'année en cours, admissible au statut fiscal de dépendance ou que vous l'ayez déclarée comme personne à charge dans votre déclaration de revenus la plus récente.

Les Conjoints survivants ne peuvent continuer à réclamer la couverture des personnes à charge parrainées que si celles-ci étaient inscrites au moment du décès de leur conjoint.

La Personne couverte doit payer la totalité des frais relatifs à la couverture des personnes à charge parrainées, tel que déterminé par Green Shield Canada et adopté par les Fiduciaires.

Les personnes à charge parrainées ne sont pas couvertes pour les frais de soins dentaires.

E. QUAND S'ARRÊTE L'ADMISSIBILITÉ D'UNE PERSONNE À CHARGE

L'admissibilité de la personne à votre charge s'arrête au moment de l'une quelconque des occurrences suivantes :

- **Conjoint légalement marié**
 - Date de prise d'effet du jugement de votre divorce.
- **Conjoint de fait et ses enfants**
 - Date de rupture de votre relation de cohabitation établie.

- **Enfants, avant la fin de l'année civile de leurs 21 ans**
 - Date à laquelle votre enfant se marie ou entre dans une relation de conjoint de fait établie; ou
 - Date à laquelle votre enfant commence à travailler à plein temps (les emplois d'été à plein temps ne sont pas pris en compte).

- **Enfants âgés de 21 ans (fin de l'année civile) ou plus**
 - Date à laquelle votre enfant se marie ou entre dans une relation de conjoint de fait établie; ou
 - Date à laquelle votre enfant commence à travailler à plein temps (les emplois d'été à plein-temps ne sont pas pris en compte); ou
 - Date à laquelle votre enfant obtient son diplôme ou n'étudie plus dans un établissement scolaire ou universitaire à plein temps.

- **Personne à charge parrainée**
 - Date à laquelle la personne à votre charge cesse d'être admissible au statut fiscal de personne à charge.

F. SIGNALER LES CHANGEMENTS DANS LE STATUT D'ADMISSIBILITÉ

Veillez aviser Green Shield immédiatement en cas de situation affectant votre admissibilité ou celle des personnes à votre charge.

Vous êtes responsable de toutes les dépenses engagées et facturées à la rsaFiducie dans le cadre du Régime de prestations, par des personnes qui ont cessé d'être des personnes à charge.

G. LIMITES DU RÉGIME

Si une prestation à payer dans le cadre du Régime de prestations fait l'objet d'une limite maximale payable pour une période de temps (année du régime, année civile, année de régime, cinq ans, à vie, etc.), la période spécifiée doit prendre en compte la période durant laquelle vous et la (les) personne(s) admissible(s) à votre charge étiez couverts et aviez reçu les mêmes prestations ou des prestations similaires dans le cadre du Programme de soins de santé de General Motors, à moins d'indication contraire précise.

Lorsque le montant de la prestation à payer fait l'objet d'une limite maximale à vie, annuelle, de traitement ou d'un autre plafond, le calcul de la prestation maximale à payer pour vous ou votre(vos) personne(s) à charge admissible(s) tiendra compte du montant payé, pour les mêmes prestations ou pour des prestations similaires, dans le cadre du Programme de soins de santé de General Motors, à moins d'indication contraire précise.

II. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS À L'HOSPITALISATION, AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET AUX SOINS MÉDICAUX

A. RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE-MALADIE

Les prestations offertes dans le cadre des régimes de soins de santé publics pour les Personnes couvertes résidant au Canada et relatives aux frais d'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux sont les suivantes :

- a) Pour les Personnes couvertes résidant en Ontario, les prestations doivent être celles qui sont offertes dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) selon les modifications qui y sont apportées de temps à autre.
- b) Pour les Personnes couvertes par les autres provinces et territoires du Canada, les prestations doivent être celles qui sont en vigueur dans le cadre des régimes de soins de santé provinciaux, territoriaux et fédéral, auxquels s'ajoute, au besoin, la rsaFiducie pour permettre à la Personne couverte de recevoir des prestations sensiblement égales à celles qui sont offertes aux Personnes couvertes de l'Ontario au moment où les frais sont engagés.

Le régime provincial d'assurance-maladie offre une vaste gamme de prestations de base pour les services de médecins et les soins hospitaliers dans une salle commune. Les prestations relevant d'un régime provincial ne sont offertes qu'aux personnes résidant dans la province. Les renseignements relatifs à ces prestations se trouvent dans des livrets distincts, publiés par le régime provincial d'assurance-maladie. Les renseignements relatifs au RASO pour les résidents de l'Ontario peuvent être obtenus par le biais de la ligne INFO du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (SLD) : 1 800 268-1154.

Les résidents de toutes les provinces doivent s'inscrire eux-mêmes, ainsi que les personnes à leur charge, à la couverture du régime d'assurance-maladie de leur province respective et aviser Green Shield de tout changement concernant leur inscription (par ex., mariage, divorce, changement d'adresse).

B. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS À L'HOSPITALISATION EN CHAMBRE À DEUX LITS

Prestations couvertes

La couverture pour une chambre d'hôpital à deux lits pour les soins de courte durée a été retirée du Programme de soins de santé General Motors avec prise d'effet le 1^{er} juillet 2009, et cette couverture n'est pas offerte par le Régime de prestations de la rsaFiducie. Si la Personne couverte demande une chambre à deux lits, elle doit en assumer tous les frais. Les prestations pour les frais relatifs à l'hospitalisation en chambre à deux lits de la rsaFiducie offre une **couverture limitée** pour les chambres à deux lits pour les soins aux malades chroniques, les soins de convalescence et de réadaptation, comme suit :

- a. Remboursement de la différence entre les frais d'hospitalisation dans une salle commune et ceux d'une chambre à deux lits, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour, dans un hôpital de convalescence ou dans un hôpital de réadaptation ou dans une aile de convalescence ou de réadaptation d'un hôpital général public, si les frais d'hospitalisation en salle commune sont payés par un régime provincial d'assurance-maladie quelconque de la province de résidence de la Personne couverte et lorsque la Personne couverte occupe ou a occupé un lit de convalescence ou de réadaptation.
- b. Remboursement d'un montant maximum de 30 \$ par jour pendant un maximum de 180 jours (à partir de la date de la première demande de règlement payée) pour la différence entre les frais d'une salle commune et ceux d'une chambre à deux lits d'un hôpital public pour maladies chroniques ou dans une aile de soins pour maladies chroniques d'un hôpital général public.

- c. Remboursement d'un montant maximum de 30 \$ par jour pendant un maximum de 120 jours par année (à partir de la date de la première demande de règlement payée) pour la différence entre les frais d'une salle commune et ceux d'une chambre à deux lits dans un lit désigné comme autre niveau de soins (ANS) par le médecin traitant lorsque la Personne couverte a occupé une chambre à deux lits.
- d. Remboursement d'un montant maximum de 47,53 \$ par jour pendant un maximum de 120 jours dans un hôpital général public pour un lit désigné comme autre niveau de soins (ANS) par le médecin traitant après l'expiration de la période de prestations de quote-part payées par le régime provincial d'assurance-maladie.
- e. Remboursement d'un montant maximum de 60 \$ par jour pendant un maximum de 180 jours dans un hôpital public pour maladies chroniques ou dans une aile de soins pour maladies chroniques d'un hôpital général public après l'expiration de la période de prestations de quote-part payées par le régime provincial d'assurance-maladie.
- f. Après l'expiration de la période de 180 jours indiquée en b. et e., le remboursement maximum pour les patients d'un hôpital public pour maladies chroniques ou dans une aile de soins pour maladies chroniques d'un hôpital général public sera effectué jusqu'à concurrence des prestations mensuelles maximums payables au titre des frais relatifs aux soins de longue durée.

Limites

- Si la Personne couverte a occupé un lit pour malades chroniques dans une chambre à deux lits, soit dans sa province de résidence, soit à l'extérieur, un montant maximal de 30 \$ par jour pour couvrir la différence sera alloué;
- Pour être admissible au remboursement des frais pour un lit pour malade chronique, l'hospitalisation doit avoir lieu dans un hôpital public pour maladies chroniques ou dans une aile pour maladies chroniques d'un hôpital général public, ou dans un lit désigné comme autre niveau de soins par le médecin traitant;
- Aucune prestation ne sera versée pour un séjour en chambre à deux lits dans une maison de soins infirmiers, un sanatorium pour la tuberculose ou un hôpital psychiatrique;
- Le paiement des prestations est conditionnel à l'acceptation par le régime provincial d'assurance-maladie de la province de résidence de la Personne couverte de payer le tarif pour une salle commune ou le tarif normal;
- Aucun remboursement ne sera effectué pour des frais admissibles quelconques, sauf si une demande de règlement est soumise de la manière dont Green Shield l'exige. Dans la plupart des cas, l'hôpital facturera directement Green Shield.

Exclusions

Les frais couverts d'hospitalisation en chambre à deux lits ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

- Chambre à deux lits pour soins de courte durée ou lit pour traitement actif dans un hôpital général public;
- Chambre à deux lits dans laquelle la Personne couverte occupe un lit pour traitement actif dans un hôpital général public;
- Chambre à deux lits dans laquelle la Personne couverte n'occupe pas un lit de réadaptation ou de convalescence, ou un lit pour maladies chroniques;
- Occupation d'un lit non demandée par la Personne couverte;
- Frais facturés pour remplir des formulaires;

- Frais relatifs aux chambres à deux lits lorsque de telles prestations sont offertes gratuitement à la Personne couverte conformément à la réglementation des organismes fédéraux, provinciaux, municipaux ou autres.

Comment demander des prestations pour hospitalisation

Dans la plupart des cas, les demandes de règlement relatives à l'hospitalisation en chambre à deux lits sont soumises directement par l'hôpital. Si vous ou la personne à votre charge avez versé de l'argent directement à l'hôpital, vous êtes tenu de déposer l'original du reçu de paiement accompagné d'un **formulaire général de demande de règlement** rempli, que vous pouvez vous procurer auprès de Green Shield. Les renseignements figurant sur la demande de règlement soumise doivent comprendre les dates d'admission et de congé, le nombre de jours facturés, ainsi que les frais journaliers de la chambre à deux lits. Les demandes de règlement relatives aux soins pour maladies chroniques/ANS doivent être soumises accompagnées d'un **Formulaire de demande de règlement pour soins pour maladies chroniques/autre niveau de soins**, dûment rempli, que vous pouvez vous procurer auprès de Green Shield. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle elles ont été engagées pour pouvoir être remboursées.

C. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS À LA RÉSIDENCE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

1. Prestations pour les résidents de l'Ontario

Les prestations pour les frais relatifs à la résidence dans un établissement de soins de longue durée couvrent les dépenses relatives à la quote-part du patient, imposées à une Personne couverte, résidant dans un établissement de soins de longue durée en tant que résident approuvé, tel que déterminé par le bureau de coordination des placements dans le cadre de la *Loi sur les établissements de soins de longue durée, 2007*; veuillez noter que celle-ci peut être modifiée.

Pour les Personnes couvertes résidant dans un établissement de soins de longue durée avant le 1^{er} janvier 2006, les prestations pour les frais relatifs à la quote-part du patient dans un quelconque établissement de soins de longue durée doivent correspondre à la différence entre l'allocation journalière versée audit établissement par la province de l'Ontario pour une salle commune, et les frais journaliers facturés par l'établissement pour une chambre à deux lits, si une chambre à deux lits ou individuelle est occupée par le patient, tel qu'approuvé par la province de l'Ontario.

Pour les Personnes couvertes qui ont commencé à résider dans un établissement de soins de longue durée le ou après le 1^{er} janvier 2006, mais avant le 1^{er} janvier 2009, les prestations pour les frais relatifs à la quote-part du patient seront limitées à 1 724,32 \$ par mois, quelle que soit la chambre occupée.

Pour les Personnes couvertes qui ont commencé à résider dans un établissement de soins de longue durée le ou après le 1^{er} janvier 2009, mais avant le 1^{er} janvier 2011, les prestations pour les frais relatifs à la quote-part du patient seront limitées à 1 600,00 \$ par mois, quelle que soit la chambre occupée.

Pour les Personnes couvertes qui ont commencé à résider dans un établissement de soins de longue durée le ou après le 1^{er} janvier 2011 mais avant le 1^{er} avril 2012, les prestations pour les frais relatifs à la quote-part du patient seront limitées à 1 600,00 \$ par mois, quelle que soit la chambre occupée.

Pour les Personnes couvertes qui ont commencé à résider dans un établissement de soins de longue durée le ou après le 1^{er} avril 2012, les prestations pour les frais relatifs à la quote-part du patient seront limitées à 1 600,00 \$ par mois, quelle que soit la chambre occupée.

Les prestations ne seront versées que sur présentation de preuves tangibles à Green Shield attestant qu'une Personne couverte admissible a été approuvée et que le paiement d'une allocation a été effectué pour les soins en question auprès de l'établissement de soins de longue durée, au nom de la Personne couverte, par la province de l'Ontario, pour toutes les prestations journalières réclamées.

Comment demander des prestations pour la résidence dans un établissement de soins de longue durée en Ontario

Les renseignements suivants doivent être fournis à Green Shield en même temps que la demande de règlement initiale :

- i) Une copie du formulaire d'« **Autorisation d'admission dans un établissement de soins de longue durée** » rempli par le centre d'accès aux soins communautaires (CASC), mentionnant le nom de l'établissement et confirmant que la Personne couverte y réside;
- ii) Une copie de la « **Demande de réduction du tarif d'hébergement en foyer de soins de longue durée** » du ministère de la Santé, remplie par l'établissement pour les patients résidant dans une salle commune ou dans une chambre standard.

Dans bien des cas, l'établissement de soins de longue durée facturera directement Green Shield sur une base mensuelle. Si l'établissement dans lequel le patient réside ne facture pas directement Green Shield, un **formulaire de demande de règlement d'établissement de soins de longue durée** doit être obtenu auprès de Green Shield. Le formulaire doit être dûment rempli et soumis directement à Green Shield, en s'assurant que tous les champs applicables sont remplis. Les demandes de règlement des établissements de soins de longue durée doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les services ont été fournis pour pouvoir être payées.

Prestations pour les personnes résidant hors de l'Ontario

Les prestations pour les frais relatifs à la résidence dans un établissement de soins de santé de longue durée couvrent les frais relatifs à la quote-part facturée à une Personne couverte pour laquelle Green Shield certifie qu'elle satisfait aux mêmes exigences que celles qui sont nécessaires pour obtenir des prestations en vertu de la *Loi sur les maisons de soins de longue durée, 2007* de l'Ontario, qui peut être modifiée pour chaque jour que la Personne couverte passe dans un établissement de soins de longue durée agréé ou enregistré (et y reçoit des soins quotidiens), et qui est régi par les lois de la province dans laquelle il se trouve.

La quote-part du patient, relative aux frais de résidence dans un établissement de soins de longue durée correspondra au moindre des frais habituels à payer par la Personne couverte ou du montant de la quote-part, jusqu'au niveau maximal, qui aurait dû être payé par Green Shield si la Personne couverte avait résidé dans un établissement de soins de longue durée agréé de la province de l'Ontario.

Dans les provinces autres que la province de l'Alberta, les régimes d'assurance-maladie n'offrent pas de prestations relatives aux établissements de soins de longue durée comparables à la couverture qu'offre la province de l'Ontario. Dans ces provinces, la protection pour les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux prévoit des prestations complémentaires relativement aux établissements de soins de longue durée. Les prestations versées dans le cadre de cette couverture supplémentaire seraient égales au moindre des montants suivants :

- a. Les frais réels pour ces services couverts; ou

- b. Les frais raisonnables et habituels pour ces services couverts, mais le paiement des prestations ne saurait en aucun cas dépasser le montant fourni pour ces services par la province de l'Ontario, en tenant compte du montant de toute franchise ou quote-part du patient comme prévu, moins les remboursements auxquels la Personne couverte peut être admissible au titre des régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Comment demander des prestations pour la résidence dans un établissement de soins de longue durée hors de l'Ontario

Les prestations seront versées sur présentation de preuves tangibles à Green Shield attestant que les mêmes exigences sont satisfaites afin de bénéficier des prestations de soins complémentaires dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-maladie de l'Ontario*. La Personne couverte doit résider, et recevoir quotidiennement des soins, dans un établissement de soins de longue durée agréé ou enregistré en vertu des lois de la province dans laquelle il est situé.

Green Shield exigera les renseignements suivants :

- Le nom de l'établissement et une confirmation que la Personne couverte réside dans cet établissement;
- La preuve de la satisfaction des exigences de l'établissement en fonction du type d'établissement et du type de soins offerts;
- L'autorisation d'admission délivrée par le service de placement provincial mandaté;
- toute évaluation du revenu au besoin.

Une fois ces conditions remplies, l'établissement de soins de longue durée peut décider de facturer Green Shield directement chaque mois. Si l'établissement dans lequel le patient réside ne facture pas directement Green Shield, un **formulaire de demande de règlement d'établissement de soins de longue durée** doit être obtenu auprès de Green Shield. Le formulaire doit être dûment rempli et soumis directement à Green Shield, en s'assurant que tous les champs applicables sont remplis. Les demandes de règlement des établissements de soins de longue durée doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les services ont été fournis pour pouvoir être payées.

Exclusions

- Des prestations ne seront pas offertes aux Personnes couvertes admissibles aux mêmes prestations, ou à des prestations similaires, de la part d'un service du gouvernement fédéral, provincial ou municipal, ou de toute autre tierce partie, que la Personne couverte ait contribué ou non à l'obtention de ces prestations pour son propre compte ou pour celui d'une personne à sa charge couverte.
- En situation de guerre, d'émeute ou d'insurrection ou de service dans les forces armées.
- Des prestations journalières ne seront pas versées au titre de ce régime si la Personne couverte est absente de l'établissement de soins de longue durée. Toutefois, une Personne couverte qui a été approuvée peut continuer à recevoir des prestations pendant les 2 jours civils qui suivent son admission dans un hôpital général public.

D. PRESTATIONS HORS PROVINCE POUR LES FRAIS RELATIFS À L'HOSPITALISATION, AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET AUX SOINS MÉDICAUX

- Les prestations de voyage hors province couvriront les 35 premiers jours de voyage seulement. Les Personnes couvertes devront assumer tous les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales et aux soins médicaux engagés après 35 jours à compter du début du voyage. Les détails au sujet de ce changement, y compris les options de prolongation de la couverture au-delà de 35 jours seront fournis dans une communication distincte.

- La couverture des prestations hors province est limitée à une demande de règlement pour les dépenses couvertes pour un problème de santé récurrent.
- **Vous devez communiquer avec le service Assistance-voyage de Green Shield Canada immédiatement après tout événement exigeant des soins médicaux d'urgence hors province et avant de recevoir un traitement, sauf pour des raisons médicales ou dans des circonstances exceptionnelles qui font en sorte qu'il n'est pas possible de fournir raisonnablement un avis préalable. Le défaut de communiquer avec le service Assistance-voyage de Green Shield avant de recevoir un traitement pourrait entraîner le refus ou la réduction de votre demande de règlement.**

1. Cette protection supplémentaire vous permet d'obtenir un remboursement pour :
 - a. Les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales, aux soins médicaux ou au transport par ambulance aérienne d'urgence engagés par vous ou par les personnes à votre charge admissibles, du fait de blessures accidentelles ou de services médicaux d'urgence lors d'un voyage touristique, d'un déplacement ou pendant un séjour temporaire hors de votre province de résidence (dans une autre province ou un autre pays); et
 - b. Les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales ou aux soins médicaux engagés par vous ou par les personnes à votre charge admissibles, du fait de la recommandation du médecin traitant de la Personne couverte, dans la province de résidence de celle-ci, à un autre médecin traitant ou un hôpital hors de votre province de résidence, à condition que vous ayez obtenu l'approbation du ministère de la Santé provincial.
2. Les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales, aux soins médicaux ou aux ambulances aériennes couvertes sont ceux engagés du fait d'un service rendu selon les termes des articles 1.a. ou b. ci-dessus, à condition que des frais seraient exigés pour un tel service au titre du régime provincial d'assurance-maladie, si le service en question avait été rendu dans votre province de résidence.
3. Le montant qui vous sera remboursé dans le cadre de cette protection supplémentaire est égal à la différence entre :
 - a. Le montant fixé par le régime d'assurance-maladie de la province dans laquelle vous résidez de façon permanente; et
 - b. Les frais raisonnables et habituels dans la région où vous avez bénéficié des services couverts, tels que déterminés par Green Shield.
4. Lorsque des preuves tangibles de la nécessité pour vous, ou pour la personne à votre charge admissible, de vous déplacer par ambulance aérienne vers votre province de résidence sont présentées à Green Shield, le montant facturé à la Personne couverte vous sera remboursé ainsi que les frais du transport aérien nécessaire d'un médecin traitant et du conjoint ou de la conjointe qui vous accompagne.

Remarque : La plupart des régimes provinciaux d'assurance-maladie exigent qu'un médecin autorisé communique avec l'autorité responsable des services d'ambulance avant qu'une ambulance aérienne puisse être utilisée. (Pour plus de renseignements, communiquez avec les services responsables du régime d'assurance-maladie de votre province).

5. Cette protection ne prévoit aucun paiement pour :
 - a. Les frais relatifs à l'occupation d'une chambre individuelle dans un hôpital; ou

- b. Toute partie d'un montant pour un service prévu qui est non assurable de par la loi, lorsque ce service est rendu dans votre province de résidence.

E. SERVICE ASSISTANCE-VOYAGE DE GREEN SHIELD CANADA

Pour un traitement **d'urgence majeur** hors de votre province de résidence, des dispositions ont été prises dans le but de garantir aux fournisseurs de services (hôpital, clinique ou médecin) que vous bénéficiez à la fois d'un régime provincial d'assurance-maladie et de la couverture des soins hospitaliers, des opérations chirurgicales et des soins médicaux à l'extérieur de la province. Cette garantie de couverture a été aménagée par un organisme international d'assistance et de services médicaux pour les voyageurs dénommé Assistance-voyage de Green Shield Canada.

Les services suivants sont offerts 24 heures par jour, sept jours par semaine par l'organisme international de services médicaux de Green Shield :

- Accès au Service d'aide avant départ (avant le départ) : codes canadiens d'appel direct, renseignements sur les vaccinations, mises en garde du gouvernement et exigences de visas 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;
- Consultations médicales et suivis, et examen de la pertinence et de la qualité des soins médicaux;
- 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 et aide à l'établissement de contacts avec la famille, le médecin personnel et l'employeur, le cas échéant;*
- Services de traduction et renvois à des interprètes locaux, si nécessaire;*
- Vérification de la couverture pour faciliter l'entrée et l'admission dans les hôpitaux et autres établissements médicaux et aide spéciale en ce qui concerne la coordination des demandes de paiement direct;
- Coordination des services consulaires et d'ambassade;*
- Gestion, organisation et coordination du transport médical d'urgence et d'évacuation, si nécessaire;*
- Organisation du rapatriement de la dépouille;*
- Dispositions relatives aux plans de voyages interrompus résultant des situations d'urgence parmi lesquelles :
 - le retour de compagnons de voyage non accompagnés;*
 - le voyage au chevet d'une personne en détresse;*
 - la réorganisation ou la modification des billets d'avion en raison d'une maladie, d'un accident ou d'autres situations d'urgence en voyage;*
 - le retour d'un véhicule automobile en panne et des effets personnels connexes;*
- Service de référence juridique et coordination du cautionnement et des autres instruments juridiques;*
- Aide spéciale 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;*

* REMARQUE : Pour les services marqués d'un astérisque, votre couverture fixera les modalités relatives à la fourniture des services, mais **pas le coût** de ceux-ci.

Voici comment fonctionne le service Assistance-voyage de Green Shield Canada:

- Pour obtenir de l'aide, composez le numéro sans frais qui figure sur votre carte d'identification Green Shield. Indiquez votre numéro collectif et votre numéro d'identification Green Shield qui se trouvent sur votre carte d'identification GSC, et expliquez votre urgence médicale. **Vous devez toujours être en mesure de fournir votre numéro d'identification Green Shield Canada et le numéro de votre régime provincial d'assurance-maladie.**
- Comme nous ne pouvons garantir des services d'assistance dans les zones de troubles politiques ou civils, veuillez communiquer avec Green Shield pour obtenir des conseils avant de partir ou des renseignements sur les demandes de règlement.
- Un spécialiste multilingue vous dirigera vers le meilleur établissement médical disponible ou un médecin en mesure de fournir les soins appropriés.
- Au moment de l'admission dans un hôpital, ou lors de la consultation d'un médecin pour un traitement d'urgence, nous garantirons au fournisseur de services (hôpital, clinique ou médecin) que vous êtes couvert à la fois par votre régime provincial d'assurance-maladie et par les prestations de voyage hors province de Green Shield. Le fournisseur de services pourra alors facturer directement Green Shield pour ces services approuvés, éliminant ainsi la plus grande partie des dépenses payées de votre poche.
- Nos médecins assureront le suivi médical pour que vous receviez le meilleur traitement médical disponible. Ces médecins sont aussi en communication constante avec votre médecin traitant et les membres de votre famille, selon la gravité de votre état.

Limites

1. Depuis le 1^{er} juin 2018, des prestations seront versées seulement si le problème de santé existant ou diagnostiqué antérieurement est stable (de l'avis de l'équipe d'assistance médicale de Green Shield et selon la définition ci-dessous) et que la Personne couverte est apte à voyager d'un point de vue médical au moment de son départ de sa province de résidence. Green Shield se réserve le droit d'examiner les renseignements médicaux de la Personne couverte au moment de la demande de règlement.

Stable signifie que pendant les 90 jours précédant immédiatement votre départ :

- a) Votre problème de santé préexistant ou diagnostiqué antérieurement :
 - ii. a été maîtrisé par l'utilisation constante des mêmes médicaments et de la même posologie (à l'exception des modifications apportées à la médication dans le cadre de votre traitement ou des diminutions de la posologie par suite d'une amélioration de votre état de santé préexistant ou diagnostiqué antérieurement) prescrits par un professionnel de la santé dûment qualifié;
 - iii. n'a pas, de l'avis raisonnable d'un professionnel de la santé dûment qualifié, nécessité un traitement supplémentaire en raison d'une rechute, de complications ou pour toute autre raison liée directement ou indirectement à votre problème de santé préexistant ou diagnostiqué antérieurement;
- b) vous n'avez pas consulté un professionnel de la santé dûment qualifié ni fait faire des évaluations ou reçu un diagnostic pour un nouveau problème de santé pour lequel vous n'avez pas reçu un traitement médical;
- c) vous n'avez pris aucun rendez-vous ni n'êtes en attente d'un rendez-vous pour des examens, tests ou évaluations autres que de routine (y compris les résultats) pour un problème de santé non diagnostiqué;

- d) vous n'êtes pas en attente d'une intervention chirurgicale en raison d'un problème de santé non diagnostiqué ou diagnostiqué
2. Les services admissibles doivent être requis en vue du soulagement immédiat de douleurs aiguës ou de celles résultant de blessures accidentelles ou de cas d'urgence pendant le voyage. Les frais ne seront pas remboursés pour des problèmes de santé récurrents ou pour un traitement ou une chirurgie qui pourraient raisonnablement être retardés jusqu'à votre retour dans votre province de résidence.
 3. La couverture des services peut être refusée si vous ne signalez pas le problème au service Assistance-voyage de Green Shield avant de recevoir un traitement médical.
 4. Le remboursement de services admissibles au Canada ne sera effectué que si votre régime provincial d'assurance-maladie contribue au paiement des services reçus.
 5. Le remboursement de services admissibles à l'extérieur du Canada ne sera effectué que si la protection pour des frais engagés à l'extérieur du Canada offerte par votre régime provincial d'assurance-maladie (le cas échéant) prévoit une contribution au paiement des services reçus.
 6. La protection entre en vigueur au moment où vous ou une personne à votre charge traversez la frontière de votre province, et prend fin au moment où vous retraversez la même frontière de votre province de résidence à votre retour. Si vous voyagez par avion, la couverture entre en vigueur au moment où l'avion décolle dans votre province de résidence et prend fin au moment où il atterrit dans la province de résidence à votre retour.
 7. Le transport par ambulance aérienne n'est admissible que dans les cas suivants :
 - Il est approuvé au préalable par Green Shield;
 - Il existe un besoin médical pour que vous voyagiez en civière ou en compagnie d'un membre du personnel médical;
 - Vous êtes admis directement dans un hôpital de votre province de résidence;
 - Des rapports ou certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont présentés à Green Shield;
 - La preuve de paiement, y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens, est transmise à Green Shield.
 8. Les services d'aiguillage ne sont admissibles que si le traitement médical requis n'est pas disponible dans votre province de résidence et qu'une approbation préalable a été obtenue du ministère de la Santé de votre province de résidence.
 9. Le rapatriement est obligatoire s'il est déterminé que la Personne couverte est médicalement apte à voyager et que les dispositions appropriées ont été prises pour admettre la Personne couverte dans le système provincial de soins de santé. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés si la Personne couverte refuse de voyager vers sa province de résidence et s'il est déterminé par le médecin du service Assistance-voyage de Green Shield, en consultation avec le médecin traitant et le médecin de famille de la Personne couverte, que la Personne couverte est médicalement apte à voyager. Le remboursement sera effectué pour un montant maximal de 1 000 \$ afin de retourner le véhicule automobile personnel de la Personne couverte à son lieu de résidence ou à l'agence de location la plus proche lors du rapatriement de la Personne couverte dans sa province de résidence.

Exclusions

En plus des exclusions générales mentionnées à la section VIII. de ce livret, les services admissibles ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Depuis le 1^{er} janvier 2022, frais pour des services reçus après le 35^e jour du voyage hors province de la Personne couverte;
2. Frais pour des services reçus en raison de problèmes de santé récurrents;
3. Frais pour des services reçus hors province s'il est déterminé que la Personne couverte est médicalement apte à voyager pour retourner dans sa province de résidence;
4. Frais pour des services qui excèdent les frais usuels, raisonnables et habituels dans la région où les services ont été reçus;
5. Transport et hébergement;
6. Rapatriement d'une dépouille;
7. Cure de repos, séjour dans un centre de santé ou voyage pour des raisons de santé;
8. Traitement ou services pour des soins continus, une opération chirurgicale non urgente ou des bilans de santé – les services de santé non urgents comprennent les services :
 - lorsque les vacances ou le voyage ont pour seul but d'obtenir un traitement;
 - qui peuvent être planifiés ou prévus bien à l'avancet;
 - qui n'ont pas reçu une « approbation préalable » de la part du ministère provincial de la Santé.
9. Services reçus d'un chiropraticien, podologue ou podiatre, ou pour une manipulation ostéopathique;
10. Protections et services pour lesquels vous recevez un remboursement de la part d'un tiers.

Comment demander des prestations pour des frais hors province

Le paiement des prestations pour les frais relatifs à l'hospitalisation, aux opérations chirurgicales, aux soins médicaux et au transport d'urgence par ambulance aérienne hors province par Green Shield Canada se fait uniquement si le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence contribue au paiement des frais faisant l'objet de demandes de règlement hors province ou à l'extérieur du pays (le cas échéant). Si le régime de votre province de résidence ne couvre pas les frais engagés à l'extérieur du pays, la condition préalable quant au partage des frais par une province ne s'applique pas.

Si vous avez engagé des dépenses que vous avez dû payer de votre poche, vous devez soumettre les demandes de règlement au service Assistance- voyage de Green Shield Canada qui coordonnera alors avec le régime provincial d'assurance-maladie le remboursement de ces dépenses admissibles approuvées. Vous devez indiquer sur ces demandes de règlement le nom et l'adresse, le numéro d'identification Green Shield Canada ainsi que le numéro du régime provincial d'assurance-maladie de la Personne couverte, accompagnés des éléments suivants :

- Un formulaire de demande de règlement de frais pour soins médicaux d'urgence dûment rempli. Celui-ci doit être rempli et soumis dans tous les cas, même si le fournisseur de services a été payé directement par le service Assistance-voyage de Green Shield. Le formulaire est envoyé directement à votre adresse par le service Assistance-voyage de Green Shield, mais est également accessible sur le site Web de Green Shield, à greenshield.ca.
- Les originaux des reçus détaillés indiquant les services rendus et les frais facturés pour chacun d'eux.
- Si les frais pour les services rendus proviennent d'une recommandation de votre médecin, vous devez obtenir une autorisation préalable par écrit de votre régime provincial d'assurance-maladie et de Green Shield **avant le début de tout traitement sur recommandation**. Votre régime provincial d'assurance-maladie peut couvrir entièrement ces frais. Vérifiez auprès du régime avant de recevoir des services. Vous devez fournir à Green Shield une lettre de votre médecin traitant indiquant la raison de cette recommandation, ainsi qu'une lettre de votre régime provincial d'assurance-maladie indiquant la nature de sa responsabilité.

Remarque : Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au service Assistance-voyage de Green Shield dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les services admissibles devant faire l'objet d'un remboursement ont été reçus.

III. PRESTATIONS DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

A. MÉDICAMENTS COUVERTS

Les médicaments couverts au titre des prestations de médicaments sur ordonnance sont limités à ceux qui figurent sur le formulaire de médicaments GMCL rsafiducie administré par Green Shield pour lesquels la loi exige l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste et qui doivent être délivrés par un pharmacien. Les médicaments couverts comprennent également les produits injectables et les produits pharmaceutiques dispensés par un pharmacien et normalement prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie. Par ailleurs, les prestations de médicaments sur ordonnance couvrent les médicaments et substances injectables (y compris le sérum biologique et les vaccins), lorsque ceux-ci sont administrés et fournis par un médecin, ainsi que les shampoings et laxatifs lorsque ces derniers sont prescrits pour le traitement des patients souffrant d'un cancer. Certaines limites s'appliquent au nombre de traitements et au montant autorisé pour quelques médicaments couverts, par année ou à vie.

Formulaire de médicaments conditionnels

Certains médicaments ne pourront bénéficier de prestations dans le cadre du présent régime que si la Personne couverte remplit certaines conditions précises; on les appelle « médicaments conditionnels ». Pour qu'un médicament soit pris en considération pour le paiement de prestations, votre médecin doit remplir un formulaire donnant des détails sur votre état de santé, en plus de preuves cliniques. Ce formulaire doit ensuite être soumis à Green Shield Canada pour analyse et évaluation afin de déterminer l'admissibilité du médicament. Si le médicament est approuvé, vous ou la personne à votre charge en serez informés. La pharmacie peut choisir d'effectuer une évaluation du formulaire rempli, et si elle est autorisée à le faire, elle peut l'envoyer directement à Green Shield Canada en votre nom. Le « **Formulaire d'autorisation spéciale pour médicaments vendus sur ordonnance** » s'obtient auprès de Green Shield Canada. Un processus d'analyse automatique qui ne nécessite pas de remplir un formulaire est utilisé pour certains médicaments conditionnels.

Médicaments génériques équivalents

Lorsqu'il existe un équivalent générique pour un médicament prescrit à une Personne couverte, que les deux soient interchangeables ou pas, la prestation maximale au titre du Régime de prestations pour ce médicament est limitée au prix du médicament générique le moins cher, moins la quote-part mentionnée ci-dessous. Si un médicament de marque devient disponible à un coût inférieur à celui du médicament générique ayant le prix le plus bas, ce médicament de marque est admissible au règlement.

Si la Personne couverte choisit le médicament le plus coûteux au lieu du médicament générique ayant le prix le plus bas, elle doit payer la différence entre les deux. Toutefois, dans les cas où le médecin de la Personne couverte prescrit spécifiquement un médicament plus cher au lieu du médicament générique équivalent et fournit à Green Shield Canada une copie du formulaire rempli soumis à Santé Canada par le biais du « **Programme Canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments** », le Régime de prestations paiera le montant équivalent au prix du médicament prescrit. Ce formulaire est accessible en ligne par le biais du site Web de Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca.

La rsaFiducie peut avoir signé des ententes de tarification avec des fabricants de médicaments, qui lui permettent de choisir un produit spécifique exclusif, rendant de ce fait toutes les autres marques non admissibles (p. ex., un produit de marque peut être exclusif, rendant ainsi son générique non admissible). Si les Personnes couvertes choisissent un produit non admissible, le coût total ne sera pas remboursable.

B. EXCLUSIONS ET LIMITES

Certains médicaments, articles et substances ne sont pas couverts, notamment :

- Les médicaments brevetés et les spécialités pharmaceutiques;
- Les produits de santé naturels;
- Les formules pouvant être vendues dans des établissements commerciaux et que les médecins ne considèrent pas, en principe, comme étant des médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire ou requise;
- Les médicaments remis par un médecin, autres que des produits injectables administrés par un médecin;
- Tout médicament remis dans un hôpital;
- Les vitamines, autres que celles injectées par un médecin, qu'une ordonnance soit remise ou non par un médecin pour des raisons médicales;
- Les médicaments en vente libre (à l'exception des laxatifs et des shampooings pour les patients souffrant de cancer, car ils seront encore inclus);
- Les produits injectables ou tout autre médicament fourni ou administré dans le cadre des programmes d'immunisation de tout gouvernement fédéral, provincial, municipal ou de toute tierce partie;
- Le sang et le plasma sanguin;
- Les médicaments d'un montant supérieur à la limite maximale pour les médications prescrites, telle que définie par Green Shield;
- Les fournitures de premiers soins;
- Les diaphragmes, les gels, mousses ou appareils de contraception, qu'ils aient été ou non prescrits pour des raisons médicales;
- Les frais facturés par un médecin pour l'administration d'un médicament couvert;
- Les médicaments couverts non destinés à l'utilisation personnelle d'une Personne couverte;
- Les médicaments qui peuvent être remboursés en vertu de la loi sur les accidents du travail ou pour lesquels un remboursement peut être obtenu d'un organisme ou d'une fondation d'un comté, d'un gouvernement municipal, provincial ou fédéral;
- Les fournitures pour personnes diabétiques, y compris les seringues, les seringues jetables et les aiguilles, les agents de dépistage du diabète et l'insuline sont payés à un prix de détail suggéré raisonnable et habituel, sauf que les coûts pour les seringues, les seringues jetables et les aiguilles ne seront pas couverts selon les prestations pour les frais de médicaments sur ordonnance pendant une période de cinq (5) ans à partir du jour où un dispositif d'injection sous pression de l'insuline a été approuvé par Green Shield en tant que dépense couverte pour un équipement médical durable au titre des prestations pour prothèse et équipement médical durable;
- De nouveaux médicaments ne seront ajoutés au Régime de prestations que s'ils sont recommandés par les conseillers pharmaceutiques et médicaux de Green Shield et, au besoin, par une agence externe indépendante d'analyse scientifique.

C. CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Le cannabis thérapeutique, jusqu'à un maximum de 2 500 \$ par année civile, lorsque son utilisation est autorisée par un médecin légalement autorisé (M.D.) ou un infirmier praticien pour les personnes couvertes âgées d'au moins 25 ans pour le traitement d'un problème de santé dont la couverture est approuvée, selon Green Shield. Toutes les demandes de règlement pour du cannabis thérapeutique sont soumises au processus d'autorisation préalable de Green Shield.

Le remboursement du cannabis thérapeutique (y compris les taxes et les frais d'expédition) est considéré comme un traitement de dernier recours quand toutes les autres options de traitement, y compris les cannabinoïdes disponibles sur le marché auxquels Santé Canada a émis un DIN, ont échoué ou ont été considérés comme inadéquats et que le cannabis thérapeutique est :

- une forme considérée comme légale à des fins médicales, comme le définit la loi fédérale;
- distribué par un producteur autorisé par Santé Canada.

Aucun remboursement ne sera fait pour l'équipement ou le matériel requis pour cultiver ou récolter tout plan ou produire toute forme de cannabis ou cannabinoïde thérapeutique, que cette forme soit ou non approuvée aux fins d'utilisation par Santé Canada, et tout appareil requis pour administrer le produit, comme des pipes ou des vaporisateurs.

D. COMMENT DEMANDER DES PRESTATIONS POUR LES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Les prestations sont fournies pour les médicaments couverts que vous recevez à la date d'entrée en vigueur de la couverture ou après, même si votre ordonnance a été délivrée avant la date d'entrée en vigueur. La plupart des demandes de règlement seront soumises directement à Green Shield par votre pharmacie. Si vous ou votre personne à charge avez payé la pharmacie directement, veuillez soumettre à Green Shield le(s) reçu(s) original(aux) de votre ordonnance ainsi qu'un **formulaire de demande de règlement pour médicaments** dûment rempli. Les demandes de règlement pour les frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date d'achat pour être traitées en vue du remboursement.

Le montant autorisé pour le remboursement de médicaments sur ordonnance par le Régime de prestations est assujéti à une limite, laquelle s'applique à la marge bénéficiaire rattachée aux médicaments.

La quote-part du médicament prescrit correspond à 0 % du montant total payé par le régime de prestations.

Personnes couvertes âgées de 65 ans et plus résidant en Ontario

Les prestations de médicaments sur ordonnance pour les Personnes couvertes âgées de 65 ans et plus sont offertes dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario.

Dès que vous atteignez l'âge de 65 ans, le ministère de la Santé vous envoie une lettre vous expliquant le Programme de médicaments de l'Ontario. La plupart des médicaments sur ordonnance sont couverts dans le cadre du programme, avec une franchise et/ou une quote-part. Pour plus de renseignements sur le programme de médicaments de l'Ontario, veuillez téléphoner au 1 888 405-0405.

Les médicaments sur ordonnance couverts dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario, y compris les frais d'exécution d'ordonnance, ne sont pas des médicaments couverts au titre des prestations pour les médicaments sur ordonnance (à l'exception de la franchise) et ils seront automatiquement traités par les pharmaciens dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario.

Si votre pharmacien constate que le médicament prescrit n'est pas couvert dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario, il exécutera l'ordonnance et soumettra une demande de règlement au titre des prestations pour les médicaments sur ordonnance, tel que décrit dans le paragraphe C. ci-dessus, à condition que le médicament soit couvert au titre du Régime de prestations tel que décrit dans le paragraphe A. ci-dessus.

*La couverture pour les franchises et les quotes-parts dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario se limite aux montants payables au titre du programme au 1^{er} avril 2012. Les Personnes couvertes devront assumer tous les frais excédant ces montants découlant d'augmentations adoptées par le gouvernement de l'Ontario.

Personnes couvertes âgées de 65 ans et plus résidant dans d'autres provinces/territoires

À l'extérieur de l'Ontario, les personnes âgées peuvent avoir accès à la couverture des médicaments sur ordonnance dans le cadre d'un programme provincial ou territorial de remboursement des médicaments similaire au Programme de médicaments de l'Ontario. Vous et les personnes à votre charge devez vous inscrire au programme provincial ou territorial de remboursement des médicaments, si cela est volontaire, et demander à votre pharmacien de vous délivrer des médicaments sur ordonnance dans le cadre du programme provincial ou territorial. Le Régime de prestations ne fournira pas de prestations pour les frais de médicaments remboursables par votre programme provincial ou territorial si vous avez omis de vous inscrire au programme en question. Les personnes qui adhèrent à leur programme provincial/territorial peuvent bénéficier de prestations pour les médicaments couverts au titre du Régime de prestations, à condition que les frais visés ne soient pas remboursés par leur programme provincial/territorial, y compris les franchises, mais à l'exception des frais d'exécution. La couverture pour les franchises et les quotes-parts se limite aux montants payables au titre du programme applicable au 1^{er} avril 2012. Les Personnes couvertes devront assumer tous les frais excédant ces montants découlant d'augmentations adoptées par le gouvernement provincial/territorial applicable.

IV. PRESTATIONS DE SOINS DENTAIRES

Le Régime de prestations offre les services couverts suivants s'ils sont fournis par un dentiste, un denturologiste ou un hygiéniste dentaire autorisé (ou un fournisseur comparable autorisé dans une province autre que celle de l'Ontario), lorsque ceux-ci exercent dans les limites respectives de leur permis d'exercer.

A. FRAIS DE SOINS DENTAIRES COUVERTS

À compter du 1^{er} janvier 2022, le barème des frais en vigueur de l'association provinciale des dentistes, des hygiénistes et des denturologistes sera utilisé comme barème des frais applicable.

1. Depuis le 1^{er} janvier 2022, les frais de soins dentaires couverts suivants seront remboursés à 100 % des frais habituels d'un dentiste, denturologiste ou hygiéniste dentaire, mais ne devront pas dépasser le montant indiqué dans le guide des tarifs provincial applicable :
 - a. Les examens buccaux et prophylactiques de routine (nettoyage des dents), mais pas plus d'un examen dans toute période de 9 mois consécutifs;
 - b. L'application topique de fluorure, uniquement pour les personnes de moins de 20 ans, sauf si un état dentaire spécifique impose ce traitement;
 - c. Les mainteneurs d'espace qui remplacent les dents perdues prématurément, pour les enfants admissibles de moins de dix-neuf 19 ans;
 - d. Les traitements palliatifs d'urgence (pour combattre temporairement les douleurs ou les gênes);

- e. Les radiographies dentaires, y compris des radiographies de la bouche entière (mais pas plus d'une fois dans toute période de 36 mois consécutifs), les radiographies interproximales complémentaires (mais pas plus d'une fois dans toute période de 12 mois consécutifs) et toute autre radiographie dentaire requise pour établir le diagnostic d'un état précis nécessitant un traitement;
 - f. Les extractions;
 - g. La chirurgie buccale;
 - h. Les amalgames, le silicate, l'acrylique, la porcelaine synthétique et les restaurations par obturation composite dans le but de restaurer des dents malades ou ayant subi des blessures accidentelles;
 - i. L'anesthésie générale et la sédation intraveineuse lorsque médicalement nécessaires et administrées dans le cadre d'une chirurgie buccale;
 - j. Le traitement des maladies périodontiques et autres maladies des gencives et des tissus buccaux, y compris la contention ou la ligature périodontique provisoire, intra ou extracronaire et un appareil d'articulation temporomandibulaire comme service périodontique d'appoint. Les appareils périodontiques sont couverts lorsqu'ils sont utilisés dans le traitement d'un bruxisme (grincement des dents) et lorsque ce traitement est effectué par un dentiste autorisé. La couverture se limite à un appareil dans toute période de 24 mois;
 - k. Le traitement endodontique (traitement des nerfs dentaires infectés ou malades), y compris le traitement radiculaire;
 - l. L'injection d'antibiotiques par le dentiste traitant;
 - m. La réparation de prothèses; le regarnissage ou le rebasage de prothèses dentaires plus de 6 mois après l'installation initiale ou le remplacement de la prothèse, mais pas plus d'un regarnissage ou rebasage pendant toute période de 36 mois consécutifs;
 - n. le scellement des puits et des fissures sur les molaires permanentes des enfants admissibles âgés de 14 ans et moins.
2. Les frais de soins dentaires couverts suivants sont remboursés compensés à i) 100 % des frais habituels du dentiste ou du denturologue ou à ii) 100 % du montant indiqué dans le guide des tarifs provincial applicable, selon que le moins élevé des montants pour i) ou pour ii);
- a. L'installation initiale d'un pont fixe (y compris les incrustations, obturations et couronnes en tant que piliers);
 - b. La réparation ou le recimentage de couronnes, incrustations, obturations et ponts;
 - c. Les incrustations, obturations par limailles d'or ou la restauration par couronnes dans le but de restaurer les dents malades ou blessées accidentellement, mais uniquement lorsque les dents, du fait d'excès de caries ou de fractures, ne peuvent être restaurées à l'aide d'un amalgame, de silicate, d'acrylique, de porcelaine synthétique ou par obturation composite;
 - d. Les facettes en porcelaine pour les enfant admissibles âgés de moins de 19 ans pour le traitement de taches importantes sur les dents causées par la tétracycline des médicaments ou par la fluorose endémique et pour toutes les Personnes couvertes pour le traitement des états suivants : amélogénèse imparfaite, incisives de Hutchinson et hypomaturation de l'émail;
 - e. L'installation initiale de prothèses amovibles partielles ou complètes (y compris les attaches de précision et tout autre ajustement effectué au cours de la période de 6 mois suivant l'installation);
 - f. Le remplacement d'une prothèse amovible partielle ou complète existante ou d'un pont fixe par une nouvelle prothèse ou un nouveau pont, ou l'ajout de dents à une prothèse ou un pont partiels amovibles existants, à condition qu'il soit prouvé que :
 - 1) le remplacement ou l'ajout de dents est nécessaire pour remplacer une ou plusieurs dents enlevées après l'installation d'une prothèse ou d'un pont existants;
 - 2) la prothèse ou le pont existants ont été installés au titre des prestations de soins dentaires au moins 5 ans avant leur remplacement, et que la prothèse ou le pont existants ne peuvent être réparés;

- 3) la prothèse existante est une prothèse de transition immédiate qui ne peut devenir permanente, et le remplacement par une prothèse définitive a lieu dans les 12 mois à partir de la date de l'installation initiale de la prothèse de transition immédiate. En principe, les prothèses sont remplacées par des prothèses. Cependant, si un résultat professionnellement adéquat peut être obtenu avec un pont uniquement, celui-ci constituera des frais de soins dentaires couverts;
- g. L'implantologie standard et la greffe osseuse, y compris la structure, l'installation et la couronne initiale ou de remplacement, sont couvertes depuis le 1^{er} janvier 2022.

B. PRESTATIONS MAXIMALES

La prestation maximale payable pour tous les frais de soins dentaires couverts (à l'exception des soins orthodontiques) sera de 3 000 \$ par année civile pour chaque personne.

Remarque :

En vigueur le 1^{er} janvier 2024 – Si vous prenez votre retraite le 1^{er} janvier 2024 ou par la suite, vous recevrez en plus un montant forfaitaire de 750 \$, à utiliser avant la fin de l'année civile. Ce montant ne sera versé que s'il s'agit de votre premier départ à la retraite.

C. PRÉDÉTERMINATION DES PRESTATIONS

Si on s'attend de façon raisonnable à ce qu'un traitement entraîne des frais dentaires couverts d'au moins 200 \$, une description des procédures dentaires ainsi qu'une estimation des frais du dentiste doivent être présentées à Green Shield avant le début du traitement.

Green Shield donnera ensuite à la Personne couverte une estimation des prestations payables. Lors de la détermination du montant des prestations payables, des procédures, services ou séries de traitement équivalents pouvant être exécutés pour le problème dentaire en question afin d'obtenir le résultat recherché, peuvent être envisagés, sous réserve des maximums et limites des prestations de soins dentaires.

Si, ni la description des procédures à administrer ni l'estimation des frais ne sont présentées à l'avance, Green Shield se réserve le droit de déterminer les prestations à payer en tenant compte des procédures, des services et des séries de traitement équivalents, en fonction des normes acceptées de pratique dentaire. Si Green Shield ne peut raisonnablement procéder à une vérification des frais de soins dentaires couverts, le montant des prestations, payé dans le cadre du traitement, peut être inférieur à celui qui aurait dû être payé.

Cette exigence de prédétermination ne s'applique pas aux traitements dont le montant est inférieur à 200 \$ ni aux traitements d'urgence, aux examens buccaux de routine, aux radiographies ou aux traitements prophylactiques et au fluorure. Même lorsque la prédétermination n'est pas exigée, vous pouvez en demander une pour avoir une idée des prestations payables estimées, si vous désirez savoir quelle partie, le cas échéant, des frais du dentiste vous devrez assumer.

Comment la prédétermination fonctionne :

1. Vous ou la personne à votre charge devez demander au dentiste, après son diagnostic, d'indiquer sur le formulaire de demande de règlement, le plan de traitement ainsi que le montant de chaque service devant être rendu.

2. Le formulaire de demande de règlement décrivant le plan de traitement, ainsi que les pièces jointes (radiographies et modèles d'étude, au besoin), doivent être transmis à Green Shield par le dentiste avant qu'il ne commence le traitement. Le plan de traitement sera analysé par Green Shield, qui fera une estimation des prestations payables. Le formulaire de demande de règlement, comportant les prestations autorisées, sera alors retourné à la Personne couverte.
3. Pour vous assurer que vous comprenez les soins que le dentiste prodiguera ainsi que les dépenses inhérentes, vous devez discuter de la prédétermination certifiée avec ce dernier avant le début du traitement.

D. LIMITES

1. Restauration :

a. Restaurations en or, en porcelaine éluvée, les couronnes et enveloppes dentaires

Si une dent peut être restaurée à l'aide d'un matériau tel qu'un amalgame, le paiement du pourcentage applicable des frais habituels et raisonnables relatifs à la procédure est effectué en lieu et place des frais relatifs à un autre type de restauration plus dispendieux choisi par vous-même ou par la personne à votre charge. **Le paiement du reliquat des frais du traitement alternatif choisi par vous-même ou par votre personne à charge demeure votre responsabilité ou celle de votre personne à charge.**

b. Reconstruction

Le paiement basé sur le pourcentage applicable est effectué pour le coût des procédures nécessaires pour soigner les maladies de la bouche et pour remplacer les dents. Les appareils et restaurations nécessaires pour l'augmentation de la dimension verticale ou pour restaurer les occlusions sont considérés comme étant facultatifs et leurs **coûts relèvent de votre responsabilité et de celle de la personne à votre charge.**

2. Prosthodontie :

a. Prothèses partielles

Si une prothèse partielle au chrome ou à l'acrylique est capable de restaurer de façon satisfaisante l'arcade dentaire, le paiement du pourcentage applicable en rapport avec le coût de cette procédure est effectué pour un appareil de précision plus élaboré que vous ou la personne à votre charge et votre dentiste choisirez. **Le paiement du reliquat des frais relève de votre responsabilité et de celle de la personne à votre charge.**

b. Prothèses complètes

Si après des services dentaires complets, vous ou la personne à votre charge et votre dentiste (ou denturologiste) décidez d'effectuer des restaurations personnalisées ou des techniques spécialisées au lieu de procédures standard, le paiement du pourcentage applicable du coût de services classiques de pose de prothèses se fera en fonction de ce traitement et **le reliquat du coût relève de votre responsabilité et de celle de la personne à votre charge.**

c. Remplacement de prothèses existantes

Le remplacement d'une prothèse existante n'est considéré comme dépense couverte relative aux soins dentaires que si celle-ci n'est plus utilisable et ne peut être réparée. Le paiement basé sur le pourcentage applicable est effectué sur le coût des prestations nécessaires pour la réparation de ces appareils. Le remplacement des appareils prosthodontiques n'est une dépense couverte liée aux soins dentaires que si au moins 5 années ont passé depuis l'installation initiale de l'appareil dans le cadre des prestations relatives aux dépenses liées aux soins dentaires.

3. Services orthodontiques :

Depuis le 1^{er} avril 2012, les frais de traitements orthodontiques ne sont plus couverts par le Régime de prestations, sauf ceux qui ont été engagés après cette date pour des plans de traitement approuvés par Green Shield Canada avant le 1^{er} avril 2012 si ce traitement commence dans les 60 jours qui suivent la date d'approbation et si ces frais étaient admissibles aux prestations de soins dentaires avant le 1^{er} avril 2012.

4. Périodontie :

- a. Les services de périodontie suivants constitueront des frais de soins dentaires couverts **seulement s'ils sont offerts par un périodontiste** :
 - 1) Le curetage gingival;
 - 2) La contention ou la ligature parodontale, provisoire, intra ou extracronaire;
 - 3) L'équilibrage d'occlusion;
 - 4) Le détartrage parodontal et l'abrasion des racines.
- b. Le détartrage parodontal, lorsqu'il est effectué par un dentiste généraliste, est limité à 8 unités de temps par période de 12 mois, en fonction de la date de la première demande de règlement payée.
- c. L'utilisation d'un appareil contre la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire (ATM) n'est considérée comme étant un service parodontal d'appoint couvert **que si ce service est offert par un dentiste agréé** (parodontiste, orthodontiste, prosthodontiste ou chirurgien bucco-dentaire).
- d. Un appareil parodontal est couvert lorsqu'il est utilisé dans le traitement du bruxisme et lorsque ce traitement est effectué par un dentiste autorisé. La couverture est limitée à un appareil par période de 24 mois.

E. EXCLUSIONS

Les frais de soins dentaires couverts ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Les frais de services, de traitement, d'appareils et accessoires qui sont mentionnés dans le guide des tarifs de l'association dentaire provinciale, mais qui ne sont pas définis dans le paragraphe A., Frais de soins dentaires couverts;
2. Les frais de traitement par quelqu'un d'autre qu'un médecin, denturologiste ou hygiéniste dentaire autorisé;
3. Les frais de facettes ou d'autres propriétés similaires de couronnes et de pontiques, placées sur ou remplaçant les dents autres que les dix dents antérieures supérieures et inférieures;
4. Les frais des services et accessoires de nature esthétique, y compris les frais de personnalisation et de caractérisation des prothèses;
5. Les frais relatifs aux dispositifs prothétiques (tels que les ponts et les couronnes), ainsi que leur fixation, commandés lorsque la personne n'était pas couverte pour les frais de soins dentaires ou commandés lorsque la personne était couverte pour les frais de soins dentaires, mais qui sont finalement fixés ou vendus à celle-ci plus de 60 jours après la fin de la couverture;

6. Les frais pour toute procédure orthodontique;
7. Les frais de remplacement d'un dispositif prothétique perdu, égaré ou volé;
8. Les frais de l'omission de se présenter à un rendez-vous chez un dentiste;
9. Les frais de services et accessoires pouvant être remboursés en vertu de la loi sur les accidents du travail ou dans le cadre de la responsabilité de l'employeur;
10. Les frais de services rendus par le biais d'un service médical, d'une clinique ou d'un établissement similaire fournis ou entretenus par votre employeur ou celui d'une personne à votre charge;
11. Les frais de services ou fournitures pour lesquels il n'existe pas de frais que le patient doit légalement payer ou qui ne seraient pas facturés en l'absence d'une couverture de frais de soins dentaires au titre de ce Régime de prestations;
12. Les frais de services ou fournitures non nécessaires selon les normes reconnues de la pratique dentaire ou non recommandés ni approuvés par le dentiste traitant;
13. Les frais de services ou fournitures qui ne respectent pas les normes reconnues de la pratique dentaire, y compris les frais de services ou fournitures de nature expérimentale;
14. Les frais de services ou fournitures reçus suite à une maladie dentaire, à une imperfection ou à une blessure résultant d'un acte de guerre, déclarée ou non;
15. Les frais de services ou fournitures offerts par un organisme gouvernemental et obtenus gratuitement conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou un autre organisme gouvernemental;
16. Les frais de dispositifs prothétiques en double ou tout autre dispositif en double;
17. Les frais de services pour lesquels les prestations sont payables dans le cadre d'un quelconque programme de soins de santé soutenu entièrement ou en partie par des fonds du gouvernement fédéral ou d'une province ou d'une sous-division politique de celle-ci;
18. Les frais facturés pour remplir des formulaires;
19. Les frais de médicaments sur ordonnance;
20. Les frais de scellements (sauf selon les modalités du paragraphe A.1.p.) et d'hygiène buccale ainsi que ceux qui concernent des instructions relatives à l'alimentation;
21. Les frais d'un programme de prévention du tartre;
22. Les frais de services ou fournitures liés à un système de contention parodontale, sauf si la contention provisoire intra et extracronaire constitueront des services couverts s'ils sont effectués par un périodontiste.
23. Les frais de tout service dentaire qui ne figure pas dans les codes de procédure élaborés et mis à jour par l'Association dentaire canadienne, adoptés par l'association dentaire provinciale ou territoriale de la province ou du territoire où le service est fourni (ou la province de résidence de la Personne couverte si un service dentaire est fourni en dehors du Canada) et en vigueur au moment où le service est fourni;

24. Les frais de tout service dentaire relatif aux : a) restaurations nécessaires en raison de l'usure, de l'érosion par l'acide, de la dimension verticale ou du rétablissement de l'occlusion (sauf pour les services couverts relatifs à la correction d'occlusion; b) appareils pour le traitement du syndrome de douleur myofaciale, y compris tous les modèles diagnostiques, les facteurs déterminants de gnathologie, l'entretien, les ajustements, les réparations et le rebasage; c) Pontiques ou dents postérieures en porte à faux et pontiques ou dents supplémentaires pour remplir les diastèmes ou espaces; et d) services et frais relatifs aux soins dentaires sous sédation.

F. COMMENT DEMANDER DES PRESTATIONS DE SOINS DENTAIRES

Les formulaires de demande de règlement de soins dentaires, comportant des instructions, peuvent être obtenus auprès de nombreux dentistes. **Les formulaires de demande de règlement de soins dentaires** sont également offerts par Green Shield.

Le formulaire doit être rempli en donnant tous les détails du travail effectué, il doit être signé par le dentiste pour certifier que le travail a été achevé, puis signé par vous et transmis à de Green Shield. Le paiement vous sera versé directement à condition que vous ou la personne à votre charge soyez admissibles et couverts pour les frais de soins dentaires, tel qu'il est indiqué dans le présent livret. De nombreux dentistes transmettront le formulaire à Green Shield en votre nom au format papier ou électronique. Dans ce cas, étudiez soigneusement et approuvez la demande de règlement remplie par le dentiste avant que celui-ci ne la soumette en votre nom. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date de la prestation du service pour pouvoir être remboursées.

V. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS AUX SOINS DE LA VUE

Les frais couverts pour cette catégorie de prestations seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 %.

Les prestations pour les frais relatifs aux soins de la vue prévoient :

1. Pour les Personnes couvertes âgées de 20 à 64 ans, le remboursement d'un montant maximal de 140 \$ à 100 % des frais d'un examen de la vue, par un opticien, optométriste ou ophtalmologue qualifié, une fois par période de 24 mois, si cette prestation n'est pas fournie par le régime provincial d'assurance-maladie de la Personne couverte.
2. Remboursement de 100 % des frais de soins de la vue jusqu'à un maximum total combiné de 350 \$ pour tous les frais couverts de soins de la vue, par période de 24 mois :
 - lunettes (montures et verres) sur ordonnance, lentilles cornéennes sur ordonnance tous les 24 mois;
 - chirurgie des yeux au laser (sans autre paiement de prestations pour soins de la vue permis pendant 48 mois).
3. Remboursement de 100 % du coût des réparations (non des remplacements) des lunettes et lentilles cornéennes sur ordonnance au tarif usuel et habituel comme déterminé par Green Shield, jusqu'à un maximum combiné de 350 \$ tous les 24 mois.

La période de prestation débute à la date initiale à laquelle les prestations sont reçues.

Exceptions

- Les Personnes couvertes souffrant de diabète ou de tout autre problème de santé nécessitant un changement fréquent de verres (tel qu'attesté par un ophtalmologiste) obtiendront un remboursement de 100 % du coût de nouveaux verres à chaque changement dans leur ordonnance, sous réserve d'un maximum de 350 \$ pour chaque nouvelle paire de verres.
- Les lentilles cornéennes seront couvertes tous les 12 mois pour 100 % du coût jusqu'à un maximum de 350 \$ lorsque l'acuité visuelle de la Personne couverte ne peut être corrigée autrement pour atteindre au moins 20/70 pour l'œil qui voit le mieux ou lorsqu'elles sont médicalement nécessaires en raison d'un kératocône, d'un astigmatisme irrégulier, de l'irrégularité de la courbure cornéenne ou d'une déformation physique empêchant le port de montures normales.

Restrictions

- Si une Personne couverte a reçu le remboursement maximum pour des verres et des montures ou des lentilles cornéennes couverts dans le cadre du Programme de soins de santé de General Motors ou de ce Régime de prestations, les prestations ultérieures ne sont payables que si les verres, les montures ou les lentilles cornéennes sont reçus plus de 24 mois après la date à laquelle les prestations ont été initialement payées durant la période précédente.
- Si une Personne couverte a subi une chirurgie des yeux au laser pour laquelle les prestations étaient payables dans le cadre du Programme de soins de santé de General Motors ou de ce Régime de prestations, aucun autre remboursement ne sera autorisé au titre des prestations de soins de la vue pendant les 48 mois qui suivent la date à laquelle ces prestations ont été initialement payées.

Exclusions

- Les frais liés aux examens de contrôle de la vue pour les Personnes couvertes âgées de moins de 20 ans et de plus de 64 ans ou de tout âge en ce qui concerne les Personnes couvertes ayant une affection médicale ou souffrant de maladies affectant les yeux et pour lesquelles le régime provincial d'assurance-maladie assure la couverture;
- Un traitement médical ou chirurgical;
- Les médicaments;
- Les verres ou montures fournis pour une quelconque affection ou maladie, un trouble ou une blessure pendant ou en raison de l'emploi;
- Les verres ou les montures commandés avant la date d'entrée en vigueur de la couverture ou après la résiliation de cette couverture;
- Les verres ou montures commandés pendant la période de couverture mais livrés plus de 60 jours après la résiliation de la couverture;
- Les frais facturés pour remplir des formulaires;
- Les soins de la vue qui ne sont pas effectués par un optométriste, un opticien ou un ophtalmologiste;
- Les visites de suivi liées à la fourniture et à l'ajustement des lentilles cornéennes;
- Les frais pour les étuis à lunettes;
- Les verres et les montures non nécessaires selon les normes de la pratique ophtalmique ou ne respectant pas ces dernières, de nature expérimentale ou non commandés ou prescrits par le médecin traitant ou l'optométriste;
- Les frais pour verres et monture que la Personne couverte n'est pas légalement obligée de payer, pour lesquels la couverture s'obtient gratuitement par le biais d'un organisme gouvernemental; ou pour lesquels les frais ne seraient pas facturés en l'absence de couverture;
- Les frais pour verres et montures reçus suite à une maladie des yeux, à une imperfection ou à une blessure résultant d'un acte de guerre, déclarée ou non;

- Les services liés à la thérapie visuelle orthoptique (exercices des yeux), l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale, les verres iséiconiques (verres spéciaux destinés à corriger les différences de taille des images) et la tonographie (test de pression spécialisé).

Comment demander des prestations de soins de la vue

Les demandes de règlement relatives aux lunettes ou aux examens de la vue doivent être soumises à Green Shield au moyen d'un **formulaire de demande de règlement pour soins de la vue** dûment rempli, accompagné de l'original du ou des reçus, et celui-ci doit être soumis dans les 12 mois qui suivent l'achat ou la fourniture de services pour qu'un remboursement puisse être obtenu.

VI. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS AUX PROTHÈSES AUDITIVES

Pour être admissibles à un remboursement, les frais couverts au titre de cette catégorie de prestations doivent être raisonnables et habituels. Les frais seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 %.

Les prestations pour les frais relatifs aux prothèses auditives couvrent :

1. Les frais d'exécution d'ordonnance et d'acquisition d'une prothèse auditive ainsi que du moule d'oreille une fois par période de 36 mois, aux conditions suivantes :
 - Un médecin spécialisé dans les examens de l'oreille (un otologiste) ou dans le traitement des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge détermine que la Personne couverte a perdu l'acuité auditive et que cette défaillance peut être compensée par une prothèse auditive.
 - Les prothèses auditives sont prescrites à la suite de tests d'évaluation de celles-ci dans le but de déterminer quelle marque et quel modèle de prothèse auditive pourrait le mieux améliorer la perte de l'acuité auditive et uniquement lorsque ces tests sont effectués par un médecin ou un audiologiste qualifié et seulement après les conclusions du tout dernier examen audiométrique.
 - La prothèse auditive fournie par le marchand correspond à la marque et aux modèles prescrits par l'audiologiste et est certifiée conforme par ce dernier.
2. Le coût des réparations nécessaires pour une prothèse auditive achetée au titre des prestations pour les frais relatifs aux prothèses auditives.

Les prestations pour les frais relatifs aux prothèses auditives sont fournies pour les prothèses de conception fonctionnelle suivante : les prothèses auditives de type intraconduit, contour d'oreille (y compris les types à conduction auditive et conduction osseuse), dans le corps intra-canal, numérique, programmable et binaural.

Si un système de prothèse auditive binaurale (constituée de deux prothèses auditives) est prescrit et qu'une analyse approfondie de la demande de règlement par Green Shield démontre que ce système est nécessaire pour compenser de façon adéquate la perte d'acuité auditive, ce système sera considéré comme étant admissible aux prestations pour les soins relatifs aux prothèses auditives.

Exclusions

Les frais de prothèses auditives couverts ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

- Les examens médicaux, les examens audiométriques ou les tests d'évaluation de prothèses auditives;
- Un traitement médical ou chirurgical;
- Les médicaments ou autres traitements médicamenteux;
- Les prothèses auditives fournies dans le cadre de toute loi des accidents du travail applicable;
- Les prothèses auditives commandées avant la date d'entrée en vigueur de la couverture ou après la résiliation de la couverture;
- Les prothèses auditives commandées pendant la période de couverture mais livrées plus de 60 jours après la fin de celle-ci;
- Les frais relatifs aux prothèses auditives pour lesquels rien n'est facturé à la Personne couverte ou pour lesquels aucuns frais ne seraient facturés en l'absence de la couverture des prestations pour les frais relatifs aux prothèses auditives;
- Les frais pour prothèses auditives non nécessaires, selon les normes professionnelles reconnues, non recommandées ni approuvées par le médecin;
- Les frais pour prothèses auditives qui ne respectent pas les normes professionnelles, y compris les frais pour les services et fournitures de nature expérimentale;
- Les frais pour prothèses auditives reçues suite à une maladie de l'oreille, à une imperfection ou à une blessure résultant d'un acte de guerre, déclarée ou non;
- Les prothèses auditives fournies par un organisme gouvernemental et obtenues gratuitement par la Personne couverte, conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou un autre organisme gouvernemental;
- Les frais pour prothèses auditives pour lesquels les prestations sont payables dans le cadre d'un quelconque programme de soins de santé soutenu entièrement ou en partie par des fonds du gouvernement fédéral ou d'une province ou une sous-division politique de celle-ci;
- Le remplacement de prothèses auditives perdues ou brisées, sauf si la Personne couverte est admissible dans le cadre des limites de fréquence définies dans le présent livret au moment du remplacement;
- Les frais facturés pour remplir des formulaires;
- Le remplacement non admissible de pièces de prothèses auditives;
- Les frais de réparation des prothèses auditives couverts par la garantie du fabricant;
- Les prothèses auditives de type lunette auditive si leur prix dépasse le montant des frais couverts pour une prothèse auditive au titre des prestations couvertes décrites ci-dessus.

Comment demander des prestations de prothèses auditives

Lorsque vous obtenez une prothèse auditive ou la réparation de celle-ci d'un fournisseur, vous devez présenter votre carte d'identification (émise par Green Shield). Le fournisseur remplit le **formulaire de demande de règlement pour soins auditifs** de Green Shield et facture Green Shield directement. Green Shield rembourse le fournisseur en fonction du prix d'achat de la prothèse, en plus des frais d'exécution d'ordonnance et du coût des réparations éventuellement nécessaires, selon les frais raisonnables et habituels du fournisseur pour ce service. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date d'achat ou du service pour être remboursées.

VII. PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Les prestations de soins de santé complémentaires prévoient ce qui suit :

A. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS AUX SERVICES PARAMÉDICAUX

Les frais couverts (autres qu'au titre de la prestation pour psychologue ou pour physiothérapeute) seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 % pour ces prestations et seront assujettis à un maximum de 750 \$ par année civile pour tous les praticiens couverts combinés.

Les prestations pour les frais relatifs aux services paramédicaux prévoient le remboursement des frais relatifs aux services médicalement nécessaires des praticiens suivants qui sont agréés par leur organisme de réglementation provincial ou sont membres enregistrés d'une association professionnelle, et que cette association est reconnue par Green Shield, engagés par vous ou par vos personnes à votre charge admissibles après que la prestation annuelle des traitements couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie soit, le cas échéant, épuisée. Les prestations pour les frais relatifs aux services paramédicaux sont décrites ci-dessous :

1. Les traitements chiropratiques. Les prestations seront coordonnées avec celles offertes par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, le cas échéant.
2. Les traitements offerts par un praticien de podiatrie et, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin, un praticien en podiatrie.
3. Les traitements de naturopathie lorsqu'ils sont fournis par un docteur en naturopathie.
4. Les services d'un massothérapeute autorisé agréé lorsque le traitement est prescrit par un médecin.
5. La prestation pour psychologues prévoit le remboursement des frais engagés pour des services de consultation assurés par un psychologue clinicien autorisé, un conseiller avec maîtrise en service social, un psychothérapeute, un travailleur social ou un conseiller en service social. Le montant remboursé, y compris le coût d'une évaluation psychologique, sera remboursé à 100 % avec une quote-part de 0 % et sera assujetti à un maximum annuel de 750 \$ pour tous les praticiens couverts combinés.
6. Les prestations pour des frais relatifs à des soins d'orthophonie remboursent les frais encourus pour ces soins lorsqu'il est évident qu'ils sont médicalement nécessaires, tels que prescrits par un médecin.
7. Les services assurés par un physiothérapeute pour un traitement actif, seulement lorsqu'ils sont nécessaires sur le plan médical, sont remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 % et seront assujettis à un maximum annuel de 1 500 \$.
8. Les services de conseils nutritionnels dans un milieu de groupe ou individuel lorsque prescrits par un médecin et fournis par un diététiste agréé.
9. Les traitements d'acupuncture fournis par un acupuncteur agréé.
10. Les traitements fournis par un praticien agréé d'ostéopathie.

Exclusions des prestations de services paramédicaux

- Les frais de radiographies (rayons x);
- Les frais de l'omission de se présenter à un rendez-vous;
- Les services relatifs aux maladies ou blessures professionnelles;
- La couverture des services paramédicaux ne comprend pas les éléments suivants et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :
 - i) Les remèdes, les fournitures, les vitamines, les remèdes et préparations à base de plantes médicinales;
 - ii) Le service qui est nécessaire du fait d'un accident de véhicule automobile, sauf s'il n'existe pas de couverture au titre d'une police d'assurance automobile ou si cette couverture a pris fin; et

- iii) Les services offerts à la Personne couverte qui réside dans un établissement de soins de longue durée, sauf si ces services ont été épuisés.
- Les frais pour le coût de tests subséquents de prothèses auditives dans le cadre des soins d'orthophonie;
- Les autres outils d'évaluation utilisés dans le cadre des soins d'orthophonie;
- Toutes les fournitures, y compris les manuels ou bandes utilisés dans le cadre des soins d'orthophonie;
- Les frais facturés pour remplir des formulaires, des rapports ou pour la correspondance de suivi.

Comment demander le règlement des prestations de services paramédicaux

Lorsque vous ou une personne admissible à votre charge engagez des frais pour des services paramédicaux, le praticien paramédical et vous devez remplir un **formulaire de services professionnels liés**, que vous pouvez obtenir auprès du praticien paramédical ou de Green Shield. Le formulaire rempli peut être transmis à Green Shield soit par vous-même, soit par votre praticien paramédical, accompagné du reçu délivré par ce dernier. Le reçu doit comporter la (les) date(s) du service, le coût par traitement ainsi que le numéro d'enregistrement du fournisseur. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date de la prestation du service pour pouvoir être remboursées.

B. SERVICES DE SOINS INFIRMIERS ET DE SOUTIEN À DOMICILE

À compter du 1^{er} janvier 2022, les frais couverts seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 %.

Les services de soins infirmiers et de soutien à domicile seront fournis jusqu'à un maximum combiné de 100 000 \$ par année civile en vertu des dispositions énoncées ci-dessous :

1. Soins infirmiers à domicile

Les prestations pour les frais relatifs aux soins infirmiers couvrent les soins fournis à domicile par un infirmier autorisé (inf. aut.) ou par un infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.) pour vous et les personnes à votre charge, lorsque ces soins infirmiers sont nécessaires sur le plan médical. La Personne couverte recevra un remboursement pour le montant qui lui a été facturé pour ces services, sous réserve de ce qui suit :

- a) Les soins infirmiers sont prescrits par un médecin. Ce dernier ou la partie appropriée devant accéder aux programmes ou au financement gouvernementaux en vigueur indique :
 - i) le niveau de compétence en soins infirmiers requis;
 - ii) le temps requis chaque jour pour les soins infirmiers; et
 - iii) la durée approximative des soins requis.
- b) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire autorisé ne doit avoir aucun lien de parenté avec la Personne couverte.
- c) L'infirmier ou l'infirmier auxiliaire autorisé doit être actuellement inscrit à l'association de soins infirmiers appropriée lorsqu'il prodigue les soins.
- d) La Personne couverte ne doit pas se trouver dans une institution (hôpital, maison de soins infirmiers, maison de soins pour personnes âgées, etc.).
- e) Le montant facturé pour les soins infirmiers ne doit pas dépasser les frais usuels et habituels pratiqués dans la zone géographique concernée.
- f) Des demandes doivent avoir été effectuées pour tous les programmes d'assistance provinciaux et fédéraux (en fonction de l'âge, de l'invalidité, du revenu, etc.). Tout en déterminant la nécessité des soins infirmiers et en assurant une coordination avec tous les programmes gouvernementaux, Green Shield Canada entreprendra une évaluation des soins infirmiers indépendants.

2. Services de soutien à domicile

La Personne couverte recevra un remboursement pour le montant facturé pour les services à domicile fournis par un préposé aux services de soutien à la personne, communément appelé un aide-soignant, sous réserve de ce qui suit :

- a) Les services sont prescrits par un médecin.
- b) Le préposé aux services de soutien à la personne détient un certificat délivré dans le cadre d'un programme agréé et il est employé par un fournisseur de soins de santé garanti, reconnu au niveau provincial.
- c) Le préposé aux services de soutien à la personne n'a aucun lien de parenté avec la Personne couverte.
- d) Des demandes doivent avoir été effectuées pour tous les programmes d'assistance communautaires, provinciaux et fédéraux (en fonction de l'âge, de l'invalidité, du revenu, etc.).

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner le non-paiement de la demande de règlement.

Si une Personne couverte atteint le montant maximum annuel pour ces services et qu'elle continue à être admissible à des soins à domicile tel que défini par le paragraphe 1. ci-dessus, la couverture se poursuivra jusqu'à concurrence de 2 heures par jour pour les soins d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé.

Comment demander des prestations de soins infirmiers et de services de soutien à domicile

Tous les soins infirmiers et les services de soutien à domicile nécessitent une autorisation préalable. Communiquez avec Green Shield pour obtenir d'autres renseignements. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date de la prestation du service pour pouvoir être remboursées.

C. APPAREILS DE PROTHÈSE

À compter du 1^{er} janvier 2022, les frais couverts seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 %.

Les prothèses externes et les orthèses sont fournies lors du remplacement partiel ou total des fonctions d'une partie du corps qui ne fonctionne pas en permanence ou qui fonctionne mal. Le remboursement s'effectue en fonction des frais usuels, raisonnables et habituels, lorsque les prothèses ou orthèses sont prescrites par un médecin et qu'elles sont délivrées ou vendues par un établissement ou un fournisseur de ces appareils. Le médecin doit fournir une description des équipements ainsi que le motif de leur utilisation ou le diagnostic. Le remplacement, la réparation, la mise en place et l'ajustement de tels appareils sont également inclus.

Les articles suivants sont couverts :

- Les bras, jambes, yeux, oreilles, nez et le larynx artificiels, les verres prothétiques, les verres iséiconiques, les prothèses de cuisse ou de jambe, de bras et d'avant-bras, les stimulateurs cardiaques externes et les dispositifs terminaux tels que les mains et les crochets;
- Les dispositifs de support rigides ou semi-rigides (comme par exemple les appareils orthopédiques pour les jambes, les bras, le cou ou le dos), les attelles, les bandages herniaires et les appareils essentiels pour l'utilisation efficace d'un membre artificiel ou des appareils orthopédiques de correction;
- Les trousse et accessoires pour stomie, les équipements de cathétérisme, les trousse urinaires, les prothèses de seins externes (y compris les soutiens-gorges postopératoires) et les chaussures orthopédiques (si elles font partie d'un appareil orthopédique);
- Le système intestinal artificiel pour nutrition parentérale et le sphincter urétral implantable;

- Une perruque ou une postiche, y compris les doubles, lorsque la perte de cheveux est due à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, à l'alopecie, à l'hypothyroïdie, à une blessure du cuir chevelu traumatique ou à une infection fongique du cuir chevelu, pour une protection à vie de 2 perruques par période de 2 ans, pour les Personnes couvertes ayant reçu d'un médecin un diagnostic de transgenre, jusqu'à concurrence de 400 \$ par perruque;
- Les réparations ou fournitures pour un implant cochléaire;
- La thérapie de supplémentation Visco, lorsqu'elle est médicalement requise du fait de l'ostéoarthrite sévère ou modérée et uniquement lorsque la documentation expliquant pourquoi l'opération n'est pas une alternative viable est fournie. Les prestations sont limitées à un maximum de 300 \$ par cycle de traitement, et à un maximum global de 1 200 \$ par période de 36 mois. Les prestations ne sont pas admissibles lorsque le traitement est prescrit en même temps (et pendant la même année) que des appareils orthopédiques de genoux personnalisés au titre de ce Régime de prestations.

Exclusions

- Les appareils pour les dents, les prothèses auditives et, sauf indication contraire dans les dispositions ci-dessus, les lunettes;
- Les appareils et fournitures non rigides, comme par exemple les bas élastiques, les porte-jarretelles, les supports et les corsets.

D. ÉQUIPEMENT MÉDICAL DURABLE

À compter du 1^{er} janvier 2022, les frais couverts seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 %.

L'achat, la location et la réparation (sauf l'entretien de routine) des équipements médicaux durables se font selon les frais usuels, raisonnables et habituels et lorsque ceux-ci sont prescrits par un médecin et lorsque ces équipements sont raisonnables et nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure ou pour l'amélioration du fonctionnement d'un membre du corps malformé.

L'équipement doit être un élément capable de résister à une utilisation répétée, être utilisé principalement pour satisfaire une exigence médicale pour laquelle il a été prescrit, être généralement inutile lorsque vous n'êtes pas malade ou blessé et être à utiliser dans votre domicile.

Les éléments suivants sont couverts :

- Les lits d'hôpital, les côtés de lit, les berceaux et les perroquets;
- Les béquilles, les cannes, les lève-malades, les déambulateurs, les fauteuils roulant, les scooters électriques à la place des fauteuils roulants;
- Les bassins de lit, chaises d'aisance et urinoirs, si la Personne couverte ne parvient pas à se lever du lit;
- Les sièges de toilette surélevés pour tous les problèmes de santé;
- Les systèmes d'alimentation en oxygène et les appareils respiratoires (si l'ordonnance concerne de l'oxygène, le médecin doit indiquer la façon dont il doit être administré et quel appareil utiliser);
- L'équipement pour décubitus (ulcère), l'équipement de dialyse, les dispositifs d'application de chaleur sèche et de glace;
- Les statifs intraveineux, les dispositifs de pression intermittente, les stimulateurs neuromusculaires, les bains de siège, les équipements de traction, les vaporisateurs et les baignoires de massage, y compris les frais d'installation n'excédant pas 500 \$;

- L'écran de stimulation cardiaque électronique numérique lorsqu'il est prescrit par un médecin pour une Personne couverte ayant un stimulateur cardiaque;
- L'écran de pression sanguine automatique lorsqu'il est prescrit par un médecin;
- La location de stimulateur de croissance osseuse par bobine électromagnétique;
- Les glucomètres dans les cas de mauvais contrôle du diabète prouvé et lorsque le moniteur n'est pas offert gratuitement dans une pharmacie sur présentation d'une ordonnance de bandes de test du glucose dans le sang;
- Depuis le 1^{er} août 2018, les frais couverts suivants sont assujettis au maximum annuel de 2 000 \$ (4 000 \$ à compter du 1^{er} janvier 2022) applicable aux agents réactifs pour personnes diabétiques de même qu'au matériel et aux fournitures de contrôle :
 - systèmes de contrôle du glucose (SCG) comme les appareils de contrôle continu et ponctuel assujettis à une autorisation médicale préalable et dont le montant de remboursement équivaut au coût d'un glucomètre;
 - fournitures de SCG jetables (utilisées avec l'appareil) telles que les capteurs et les transmetteurs, sans pour autant se limiter à ceux-ci;
- Les couches jetables et de tissu pour toutes les personnes incontinentes;
- Une allocation d'un maximum de 1 000 \$ pour les dispositifs d'injection sous pression d'insuline ou de pompe à insuline, une fois tous les 5 ans, lorsque ces dispositifs sont utilisés à la place des aiguilles et des seringues;
- Une allocation maximale de 5 500 \$ pour une pompe à infusion de l'insuline une fois tous les 5 ans (lorsque la personne n'est pas couverte par un régime provincial d'assurance-maladie) et les fournitures pour ladite pompe, jusqu'à un maximum de 250 \$ par mois, pour les personnes à charge admissibles âgées d'au plus 18 ans, aux conditions suivantes :
 - a. la pompe à infusion de l'insuline est prescrite par un médecin suite à un diabète de type 1,
 - b. l'ordonnance du médecin comprend le nombre d'injections requis par jour, le diagnostic, les niveaux de sucre dans le sang et le nombre d'hémoglobines,
 - c. les personnes approuvées pour la prestation de 5 500 \$ ne sont pas admissibles à l'allocation de 1 000 \$ susmentionnée.
- Les contentions souples jusqu'à un maximum de 30 \$ chacune;
- Les alèses réutilisables pour fauteuil roulant d'un nombre maximal de 6 par année;
- Une paire de chaussures de correction sur mesure par année (sauf les chaussures orthopédiques en vente libre) jusqu'à concurrence de 750 \$;
- Les chaises gériatriques (payables une seule fois) jusqu'à un maximum de 2 000 \$;
- Les barres d'appui pour baignoire jusqu'à un montant maximum de 100 \$ à vie;
- Un maximum de deux (2) paires d'orthèses plantaires sur mesure par période de 36 mois, jusqu'à un maximum de 400 \$;
- Un maximum de 2 paires de bas de contention tous les 4 mois jusqu'à un maximum de 6 par année à partir de la date du premier achat.

La décision d'acheter ou de louer un équipement repose sur l'estimation du médecin quant à la durée du besoin, indiquée sur l'ordonnance initiale. Toutefois, le prix de la location ne peut dépasser le prix d'achat. Lorsque l'équipement est loué et que la location se prolonge au-delà de la durée indiquée sur l'ordonnance initiale, le médecin doit certifier à nouveau (par le biais d'une autre ordonnance) que l'équipement est raisonnable et médicalement nécessaire pour le traitement de la maladie ou de la blessure. Si le médecin ne le fait pas, les prestations s'arrêteront à la date initiale à laquelle la durée du besoin a été définie ou dans les 30 jours qui suivent la date du décès si celui-ci intervient plus tôt.

Exclusions

- Les équipements de luxe comme par exemple les fauteuils roulants et les lits motorisés, sauf s'ils sont nécessaires pour le traitement efficace de la Personne couverte et s'ils sont requis pour lui permettre de s'en servir;
- Les articles qui ne sont pas principalement médicaux de nature ou qui sont conçus pour offrir confort et commodité (p. ex., les planches de redressement dorsal, les tables de chevet du lit, les lits réglables, les lève-malades de baignoire, les bras de téléphone, les climatiseurs, etc.);
- Les fournitures jetables, notamment les gaines et sacs jetables, les bas élastiques et autres fournitures similaires, telles que définies par Green Shield;
- Les équipements de médecin, y compris les pompes à infusion, le sphygmomanomètre (tensiomètre), le stéthoscope et autres équipements similaires tels que définis par Green Shield Canada;
- Les équipements d'exercice et d'hygiène, y compris les vélos d'exercice (exercycles), les roues de Moore, les bidets, les sièges de toilette et de baignoire, et autres équipements similaires tels que définis par Green Shield;
- Les dispositifs d'aide personnelle ne servant pas principalement à des fins médicales (p. ex., élévateurs, bains finnois, etc.);
- Les supports plantaires;
- Les orthèses de pied en vente libre;
- Les articles précédemment offerts à un membre de votre famille dans le cadre du Programme de soins de santé de General Motors ou de ce Régime de prestations si on peut continuer à utiliser ces articles prescrits initialement pour satisfaire des exigences médicales similaires (p. ex., bassin de lit, chaise d'aisance, urinoir, bassin de siège, siège de toilette surélevé, vaporiseur, baignoire de massage standard, etc.).

Comment demander des prestations pour les appareils de prothèse, les équipements médicaux durables et les dispositifs médicaux

Votre demande de règlement pour des frais relatifs aux appareils de prothèse et aux équipements médicaux durables doit comprendre les éléments suivants :

1. Un formulaire d'autorisation des appareils de prothèse et des équipements médicaux durables pour les fauteuils roulants, les lits d'hôpital, les attelles, les bains tourbillon, les lève-malades et les chaussures sur mesure, rempli par le médecin de la Personne couverte.

Remarque : La durée estimée pour laquelle les équipements médicaux durables sont nécessaires doit être clairement indiquée par le médecin sur le formulaire d'autorisation, et ce dernier doit être transmis à Green Shield pour approbation. Green Shield renverra ce formulaire approuvé ou rejeté. Tous les autres articles couverts nécessitent une ordonnance du médecin et un diagnostic doit accompagner la demande de règlement.

2. Un **formulaire de demande de règlement pour appareils médicaux** rempli, accompagné du (des) reçu(s) détaillé(s) pour appareils de prothèse ou des reçus des équipements médicaux durables, doit indiquer le nom complet et l'adresse de la personne couverte, la date d'achat ou de location, une description complète de l'appareil ou de l'équipement ainsi que le montant payé.

Les formulaires de demande de règlement et d'autorisation peuvent être obtenus auprès du médecin ou de Green Shield.

Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle ces frais ont été engagés pour pouvoir être remboursées.

E. COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

À compter du 1^{er} janvier 2022, les frais couverts seront remboursés à 100 % avec une quote-part de 0 %.

Le remboursement des frais de compléments alimentaires pour vous ou pour une personne à charge seront effectués avec une autorisation préalable, si ceux-ci sont considérés comme étant la seule source d'alimentation et si les critères suivants sont respectés :

- a) Ils sont prescrits par un médecin;
- b) La Personne couverte souffre d'un désordre orpharyngé ou gastro-intestinal;
- c) La Personne couverte souffre d'une indigestion ou d'une malabsorption ou d'insuffisances stomacales considérables qui ne lui permettent pas de manger;
- d) La Personne couverte doit présenter un diagnostic primaire de cancer et être en train de subir des soins de chimiothérapie, de radiothérapie ou des soins palliatifs actifs. La prestation se limitera à 220 portions ou 500 \$ par année, selon la valeur la moins élevée (à compter de la date de la première demande de règlement payée) et ne sera accordée que lorsqu'elle est utilisée en même temps que des soins infirmiers à domicile;
- e) Des demandes doivent avoir été soumises pour tous les programmes d'assistance provinciaux et fédéraux,
- f) Une réévaluation de l'état de la Personne couverte est effectuée sur une base semestrielle.

Exclusions

Les compléments alimentaires ne comprennent pas, et les prestations ne sont pas payables pour d'autres dépenses, les éléments ci-dessous, sans s'y limiter :

- Les compléments de perte de poids prescrits pour le traitement de l'obésité;
- Les allergies alimentaires;
- Les substituts de repas;
- La musculation;
- La complaisance;
- Les substituts d'allaitement;
- Les personnes capables de tolérer les aliments solides et nécessitant uniquement des compléments alimentaires.

Comment demander des prestations de compléments alimentaires

Un **formulaire de demande de règlement pour dispositifs médicaux** rempli, accompagné de reçus détaillés doit être transmis à Green Shield, indiquant le nom au complet de la Personne couverte, son adresse, la date de l'achat ainsi que le montant payé. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date d'achat pour pouvoir être remboursées.

F. PRESTATIONS POUR LES FRAIS RELATIFS AU TRANSPORT D'URGENCE PAR AMBULANCE AÉRIENNE ET TERRESTRE

1. Transport d'urgence par ambulance aérienne

Si, pour des raisons médicales, une Personne couverte doit être transportée par ambulance aérienne à partir d'une région en Amérique du Nord jusqu'à sa province de résidence, le Régime de prestations lui remboursera le montant facturé (jusqu'à concurrence du tarif raisonnable et habituel à l'endroit où le service a été reçu, tel que déterminé par Green Shield) et, au besoin, les frais du billet d'avion pour l'accompagnement par un membre du personnel médical ou par le(la) conjoint(e), selon les conditions suivantes :

- a) Une autorisation préalable a été obtenue de Green Shield;
- b) Il existe un besoin médical pour la Personne couverte de voyager en civière ou en compagnie d'un membre du personnel médical;
- c) La Personne couverte est admise directement dans un hôpital de sa province de résidence;
- d) Le régime provincial d'assurance-maladie de la Personne couverte contribue au paiement des frais, le cas échéant;
- e) Les rapports ou certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée ont été présentés à Green Shield;
- f) La preuve de paiement, y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens, ont été présentés à Green Shield.

2. Transport par ambulance terrestre

Une prestation sera versée pour le transport d'une Personne couverte par un service d'ambulance terrestre autorisé (appartenant à la municipalité, à l'hôpital, privé ou volontaire) dans sa province de résidence ou en dehors de celle-ci, à l'une des conditions suivantes :

- a) Il est médicalement nécessaire de transporter la Personne couverte en aller simple ou en aller et retour, de son domicile jusqu'à l'établissement médical, pour traitement ou pour examen, ou
- b) La Personne couverte nécessite un transfert d'un hôpital à un autre du fait de problèmes de santé précis nécessitant le traitement ou l'examen dans un autre établissement médical.

Le montant de la couverture offerte est égal à la quote-part du patient, le cas échéant, jusqu'à concurrence des frais usuels, raisonnables et habituels et raisonnables à l'endroit où le service a été reçu (tel que déterminé par Green Shield) lorsque le régime provincial ou gouvernemental d'assurance-maladie, le cas échéant, contribue au paiement des frais.

Lorsque ces derniers ne contribuent pas au paiement des frais, le montant de la couverture offerte est égal à la quote-part du patient qui aurait dû être versé pour les services couverts par le RASO.

Exclusions

- Les frais qui dépassent les frais usuels, raisonnables et habituels
- Les frais encourus par la Personne couverte pour le transport par ambulance aérienne ou terrestre non autorisés par son régime provincial d'assurance-maladie;
- Les frais facturés pour remplir des formulaires.

Comment demander des prestations pour le transport d'urgence par ambulance aérienne et terrestre

Lorsque vous ou une personne à votre charge admissible engagez des frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne ou terrestre, vous devez remplir et soumettre à Green Shield un formulaire de demande de règlement (pouvant être obtenu auprès de Green Shield), accompagné du reçu délivré par le service d'ambulance autorisé et indiquant à la fois le montant de la quote-part facturé à la Personne couverte et le montant versé pour le coût du transport par ambulance aérienne ou terrestre par le régime provincial d'assurance-maladie de la Personne couverte. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date de la prestation du service pour pouvoir être remboursées.

G. TESTS DE DÉPISTAGE DE L'ANTIGÈNE PROSTATIQUE SPÉCIFIQUE

Le remboursement de frais pour 1 test de dépistage de l'antigène prostatique par année, jusqu'à un maximum de 35 \$ pour les hommes couverts de 50 ans et plus (lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par un régime provincial d'assurance-maladie).

Comment demander le règlement des prestations

Un **formulaire de demande de règlement pour dispositifs médicaux** rempli, accompagné de reçus détaillés, doit être transmis à Green Shield indiquant le nom au complet et l'adresse de la Personne couverte, la date du test ainsi que le montant payé. Les demandes de règlement relatives aux frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date de la prestation du service pour pouvoir être remboursées.

H. DOSAGE DE L'ANTIGÈNE DU CANCER 125 (CA 125)

Remboursement de 1 dosage de l'antigène du cancer 125 (CA 125) par année.

Soumission de demandes de règlement

Un **formulaire de demande de règlement pour appareils médicaux** dûment rempli, accompagné des reçus détaillés, doit être soumis à Green Shield et indiquer le nom complet de la Personne couverte, son adresse, la date du test et le montant payé. Les demandes de règlement pour les frais couverts doivent être soumises dans les 12 mois qui suivent la date du service pour être traitées en vue du remboursement.

I. SERVICES DE DIAGNOSTIC EN OPTOMÉTRIE

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les dépenses admissibles pour les services de diagnostic en optométrie prescrits par un praticien dûment qualifié sont remboursées en totalité, sans quote-part.

Voici les services admissibles :

- biométrie oculaire et diagnostic de la cataracte, maximum de 100 \$ par année civile;
- autres types de services de diagnostic de la cataracte et de biométrie oculaire, et distributeurs de gouttes oculaires, maximum de 250 \$ à vie.

Soumission de demandes de règlement

Un **formulaire de demande de règlement pour appareils médicaux** dûment rempli, accompagné des reçus détaillés, doit être soumis à GreenShield. Le nom complet de la personne couverte, son adresse, la date du service ou de l'achat et le montant payé doivent y être indiqués. Toute demande de règlement doit être soumise dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle le service a été reçu.

VIII. EXCLUSIONS GLOBALES GÉNÉRALES

Les services admissibles ne comprennent pas les éléments suivants, et aucun remboursement ne sera effectué pour eux :

1. Les services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
 - un acte de guerre, déclarée ou non;
 - la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire;
 - la perpétration d'un acte criminel;
2. L'omission de se présenter à un rendez-vous chez un médecin ou un dentiste agréé;
3. Les services ou fournitures de nature esthétique;
4. Les frais facturés pour remplir des formulaires ou des rapports;
5. Les frais pour des services ou fournitures qui ne respectent pas les normes reconnues en matière de pratique médicale, dentaire ou ophthalmologique, y compris les frais pour des services ou fournitures de nature expérimentale;
6. Les services ou fournitures qui seraient normalement payés par un régime provincial d'assurance-maladie, un régime d'indemnisation des accidentés du travail, un programme d'appareils fonctionnels ou tout autre organisme gouvernemental, ou qui auraient été payables en vertu d'un régime de ce genre si une demande de couverture appropriée avait été faite ou si les demandes de règlement appropriées avaient été soumises en temps opportun;
7. Les services ou fournitures provenant de tout organisme gouvernemental et obtenus sans frais tout en respectant les lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou un autre organisme gouvernemental;
8. Les services ou fournitures non recommandés ni approuvés par le médecin ou dentiste traitant;
9. Les services ou fournitures que vous n'êtes pas obligé(e) de payer ou qui ne seraient pas facturés en l'absence de couverture au titre de ce Régime de prestations;
10. Les services ou fournitures légalement exclus par le gouvernement;
11. Le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés, ou d'articles endommagés par négligence;
12. Les frais couverts pour lesquels une demande de règlement n'est pas soumise dans les 12 mois au cours desquels elles ont été engagées.

IX. COORDINATION DES PRESTATIONS

Le Régime de prestations offre des prestations représentant le montant entier ou partiel qui, ajouté aux prestations payables et à la valeur monétaire des services offerts par tout « Autre régime », est égal à jusqu'à 100 % des « Dépenses autorisées » engagées par la personne pour laquelle la demande de règlement est effectuée. Les « Dépenses autorisées » comprennent tous les frais nécessaires et raisonnables pour des éléments couverts entièrement ou en partie au titre du Régime de prestations ou de l'autre régime auquel cette disposition s'applique mais ne concerne pas les quotes-parts. Les « Autres régimes » concernent tout régime ou couverture de soins médicaux ou dentaires offert par une assurance collective ou une autre disposition de couverture des personnes d'un groupe, que le régime soit assuré ou pas.

Pour appliquer cette disposition et déterminer si Green Shield réduira les prestations, il convient de déterminer l'ordre de paiement des prestations par les différents régimes. Ceci doit se faire de la manière suivante :

1. Un régime sans système de coordination des prestations doit payer ses prestations avant celui doté d'une telle disposition.
2. Un régime couvrant une personne autre qu'une personne à charge doit payer ses prestations avant celui couvrant la personne en tant que personne à charge.
3. Un régime couvrant une personne en tant que personne à la charge de la Personne couverte et dont la date de naissance survient en premier dans l'année civile doit payer ses prestations en premier.
4. Si ce régime ne définit pas l'ordre de paiement, les prestations doivent être calculées au prorata entre les régimes à l'avenant des montants (ou parmi ceux-ci) qui auraient dû être payés dans le cadre de chaque régime si seul ce régime assurait la couverture.

La rsaFiducie et Green Shield peuvent communiquer ou obtenir tous les renseignements dont ils ont besoin et effectuer ou récupérer tous les paiements nécessaires pour la gestion de l'offre.

X. SUBROGATION (RESPONSABILITÉ D'UN TIERS)

En cas de paiement de services dans le cadre du régime de prestations, Green Shield comme agent de la rsaFiducie sera subrogée à tous les droits de recouvrement de la Personne couverte, contre toute personne ou entreprise, sauf contre des assureurs sur les polices d'assurance délivrées à la Personne couverte et à son nom et celle-ci doit exécuter et transmettre ces instruments et documents tel que requis et prendre toutes les mesures nécessaires afin de sécuriser ces droits. La Personne couverte ne doit poser aucun acte pouvant causer préjudice aux droits de subrogation de Green Shield ou de la rsaFiducie et tous les montants récupérés par la Personne couverte suite à une poursuite, à un arrangement ou par d'autres voies à titre de paiement des services couverts au titre du Régime de prestations doivent être retournés à Green Shield qui doit les considérer comme étant des prestations exclusives de la rsaFiducie.

XI. RÉSILIATION DE LA COUVERTURE DU RÉGIME DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

La couverture et l'admissibilité aux prestations au titre du Régime de prestations s'arrêtent automatiquement aux dates suivantes :

- Pour toutes les personnes couvertes :
 - La date de résiliation du Régime de prestations ou de la rsaFiducie, conformément à la Convention de fiducie;
 - La date à laquelle la Personne couverte cesse d'être admissible tel que le souligne la section I.A. de ce livret et les dispositions d'admissibilité du Régime de prestations;
 - La date à laquelle le Régime de prestations est modifiée afin de mettre fin à l'admissibilité à la couverture pour toute catégorie de Groupe couvert dans le cadre d'une (des) prestation(s);
 - La date à laquelle la couverture est résiliée en cas de défaut de présentation de preuves requises pour appuyer l'admissibilité d'une Personne couverte au titre du Régime de prestations;
 - La date de décès;
 - La date effective à laquelle la (les) même(s) prestation(s) ou des prestations similaires à celles offertes à une Personne couverte, au titre du Régime de prestations, est (sont) offerte(s) ou mise(s) à la disposition de la Personne couverte par une loi provinciale, territoriale ou fédérale, mais tout en tenant compte de la (des) prestation(s) particulière(s);
- Pour une Personne couverte demandant une annulation de couverture pour elle-même ou pour les personnes à sa charge, le dernier jour du mois au cours duquel l'annulation est demandée;
- Pour une Personne couverte devant verser des contributions mensuelles de soins de santé et qui n'en effectue pas le paiement à temps, sa couverture ainsi que celle des personnes à sa charge, s'arrêteront le dernier jour du mois auquel le précédent paiement s'applique;
- Pour les personnes à charge inscrites, la date à laquelle une personne à charge cesse de remplir les conditions d'admissibilité à la couverture. Par exemple : en cas de décès, de divorce, d'atteinte de l'âge maximal par les enfants, la perte de qualification à la dépendance dans le cadre de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada, l'admission au service militaire, etc. (Le paragraphe E. de la section I. du présent livret décrit le moment auquel l'admissibilité d'une personne à charge cesse);
- Pour les personnes à charge parrainées, la date à laquelle elles cessent d'y être admissibles, ou le dernier jour du mois pour lequel des contributions ont été versées pour la couverture de la personne à charge parrainée;
- Pour un conjoint/une conjointe survivant(e), la date à laquelle l'admissibilité cesse;
- Pour un retraité qui reprend le service chez General Motors à temps plein et la (les) personne(s) inscrite(s) à sa charge, la date de reprise du service auprès de General Motors.

XII. DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS ET DE RÈGLEMENT

Pour obtenir des renseignements généraux au sujet des prestations, de l'admissibilité, de la couverture des personnes à charge et pour apporter des modifications, veuillez communiquer avec Green Shield. Vous devrez fournir le numéro d'identification personnel qui figure sur votre carte d'identification Green Shield pour bénéficier des services.

Si vous avez des questions précises au sujet des prestations couvertes au titre de votre Régime de prestations de soins de santé ou si vous avez besoin de renseignements au sujet de la soumission des demandes de règlement, vous pouvez appeler ou écrire à Green Shield et fournir votre numéro d'identification Green Shield comme suit :

Green Shield Canada

Demandes de

renseignements écrites :

8677, Anchor Dr.

C.P. 1612

Windsor (Ontario)

N9A 7A7

Demandes de renseignements

par téléphone :

Sans frais (en Amérique du Nord)

1 877 266-5494, invite 1

Local à Windsor

519 739-1133, invite 1

Reportez-vous à la section appropriée de la Description des prestations dans ce livret afin d'obtenir le nom du formulaire que vous devrez remplir pour demander de chaque type de prestation. **Toutes les demandes de règlement doivent parvenir à Green Shield au plus tard dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle le service remboursable a été obtenu.**

Vous pouvez également obtenir des renseignements sur la façon de soumettre des demandes de règlement, d'imprimer des formulaires de demande de règlement, de demander le dépôt direct sur votre compte bancaire et accéder à plusieurs autres services au moyen des par les Services en ligne des membres du régime par le biais du site Web de Green Shield à greenshield.ca.

XIII. ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Pour administrer le Régime de prestations, la rsaFiducie et ses agents, y compris Green Shield Canada, doivent collecter, tenir à jour et divulguer vos renseignements personnels ainsi que ceux des personnes à votre charge. La rsaFiducie et Green Shield Canada s'engagent à respecter la confidentialité de vos renseignements personnels et ne les collecteront, tiendront à jour et divulgueront que pour les raisons suivantes :

- Pour établir votre identité.
- Pour vous fournir, à vous et/ou aux personnes à votre charge, la protection à laquelle vous avez droit.
- Pour vous protéger, ainsi que la rsaFiducie contre les erreurs et la fraude.
- Pour administrer le Régime de prestations, y compris pour assurer la collecte des contributions requises pour la couverture des soins de santé.
- Pour vous localiser, vous ou les personnes à votre charge, si nous ne disposons pas de renseignements à jour pour pouvoir communiquer avec vous.
- Pour la conception et la gestion financière du Régime de prestations.
- Pour vous offrir un accès continu à d'autres services de Green Shield Canada.

L'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels sont limitées au Conseil des fiduciaires de la rsaFiducie et à ses employés, à Green Shield Canada et à d'autres fournisseurs de services autorisés ainsi qu' Unifor. Les renseignements personnels peuvent également être communiqués aux organismes autorisés, y compris les autorités de police et l'Agence du revenu du Canada pour des raisons fiscales, lorsque la loi l'exige.

Consentement

Lors de votre inscription au Programme de soins de santé de General Motors ou à ce Régime de prestations, vos renseignements personnels ont été obtenus et utilisés uniquement avec votre consentement. Dans le cadre de l'agrément du tribunal créant la rsaFiducie, vos renseignements personnels peuvent avoir été transférés de General Motors à la rsaFiducie pour permettre à celle-ci d'assumer ses responsabilités en matière d'administration des prestations de soins de santé.

La collecte, la tenue à jour et la divulgation de vos renseignements personnels dépend de votre consentement. Votre consentement peut nous être accordé de façon explicite ou tacite. Le consentement explicite peut être verbal ou écrit.

Votre consentement peut être tacite ou découler de certaines actions. Pour les membres actuels du Groupe couvert de General Motors, y compris les personnes à leur charge, nous continuerons à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels collectés antérieurement, conformément aux Ordonnances d'homologation du tribunal et au Code de confidentialité de Green Shield Canada et, à moins que vous communiquiez d'autres renseignements à la rsaFiducie ou à Green Shield Canada, nous supposerons que votre consentement a été obtenu si vous soumettez continuellement des demandes de règlement au titre du Régime de prestations.

Retrait du consentement

En tout temps, après nous l'avoir octroyé, et dans la mesure où la loi et la réglementation le permettent, vous pouvez retirer votre consentement.

Si vous ne consentez pas à certaines formes d'utilisation de vos renseignements personnels ou si vous nous retirez votre consentement, la rsaFiducie et Green Shield ne seront plus en mesure d'administrer votre Régime de prestations. Dans ce cas, Green Shield vous expliquera la situation pour vous aider à prendre votre décision.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques et procédures de Green Shield en matière de confidentialité, veuillez consulter le site Web de Green Shield Canada à .greenshield.ca.

REMARQUES :

