

# Mon **RÉGIME DE GARANTIES**

## et couverture de remplacement du régime provincial

### Régime des étudiants internationaux (CAG)

Division : Toutes

Date d'entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> août 2022

**GSC partout.**  
Votre service en ligne qui rend les choses rapides, pratiques et faciles.

Visitez [greenshield.ca](https://www.greenshield.ca) pour vous inscrire

**CHANGER POUR LA VIE™**

Available sur **GSC partout**

**GSC**  
passe au mobile

Téléchargez dans l'App Store  
DISPONIBLE SUR Google play

Téléchargez l'APPLI dès aujourd'hui!



**gsc**  
les avantages green shield

**Cette brochure contient trois sections principales :**

1. La description de la couverture de remplacement du régime provincial
2. Le sommaire des protections de soins de santé
3. La description des protections de soins de santé offertes par GSC

## RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

### COUVERTURE DE REMPLACEMENT DU RÉGIME PROVINCIAL

Le régime offre le remboursement des frais hospitaliers et médicaux encourus au Canada à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu durant la période couverte. Green Shield Canada (GSC) remboursera les frais raisonnables et habituels de telles dépenses jusqu'au montant alloué dans le cadre du régime d'assurance-maladie provincial.

<b>Franchise</b> par année civile (par personne/par famille)	Aucune franchise
<b>Maximums</b> Maximum global	750 000 \$ à vie pour toutes les protections combinées avec les protections de soins de santé et d'assurance voyage
Maximum pour les problèmes de santé préexistants	20 000 \$ à vie, sous réserve du maximum global (ci-dessus)
<b>Votre quote-part</b>	Tous frais qui dépassent le barème fixé du régime d'assurance-maladie provincial

**Problème de santé préexistant** pour cette couverture de remplacement du régime provincial signifie toute maladie ou blessure pour laquelle des symptômes sont apparus avant la date d'entrée en vigueur de cette couverture et pour laquelle la personne couverte a reçu un traitement médical, une consultation, des soins, des services médicaux ou des médicaments durant la période de 3 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne couverte.

L'asthme, l'épilepsie et le diabète ne sont pas considérés comme des problèmes de santé préexistants au titre de cette couverture.

Les réclamations encourues durant les 12 premiers mois de la couverture au titre de cette couverture de remplacement du régime provincial pour traiter un problème de santé préexistant sont sous réserve du maximum pour les problèmes de santé préexistants indiqué ci-dessus. Cette restriction s'applique aux étudiants qui sont inscrits à cette couverture de remplacement du régime provincial pour la première fois ainsi qu'à ceux qui se sont réinscrits après avoir quitté le régime pour toute raison indiquée dans la section Résiliation.

### LISTE DES DÉPENSES ADMISSIBLES

#### Services médicaux

GSC rembourse jusqu'à 100 % des honoraires fixés par le régime d'assurance-maladie provincial pour les services suivants :

- Services d'un médecin à domicile, au bureau du médecin, à l'hôpital ou à l'établissement
- Un examen de santé annuel
- Services de spécialistes agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Diagnostic et traitement d'une maladie et de blessures
- Traitement des fractures et des luxations
- Chirurgie
- Administration d'anesthésiques
- Radiographies à des fins de diagnostic et de traitement

- Soins liés à la maternité, notamment les soins obstétriques, prénataux et postnataux. Toutefois, si vous n'étiez pas couverte au titre d'une garantie semblable au Canada durant l'année précédant votre adhésion, votre date d'accouchement prévu doit se situer à plus de 30 semaines de la date de votre adhésion.

**Note :** Si vous avez besoin de soins obstétriques en raison d'une fausse couche ou d'un accouchement prématuré survenu à la suite d'une conception qui a eu lieu durant la période de 6 semaines précédant ou suivant immédiatement votre adhésion, de tels frais admissibles seront inclus dans votre couverture.

### **Soins hospitaliers – Patient hospitalisé (services compris dans le tarif normal)**

- Frais raisonnables et habituels : séjour et repas en salle (chambre et couvert) – (jusqu'à trois fois le tarif résident)
- Chambre privée ou semi-privée lorsque cela est nécessaire et certifié par écrit par le médecin traitant
- Services infirmiers nécessaires, lorsqu'ils sont fournis par l'hôpital
- Procédures de radiographie à des fins d'examen en laboratoire et de diagnostic
- Médicaments prescrits par un médecin (excepté lorsque la visite à l'hôpital ne se fait qu'à la seule fin d'administration de médicaments)
- Usage des salles d'opération et d'accouchement, fournitures anesthésiques et chirurgicales
- Usage de l'équipement respiratoire
- Usage des installations de radiothérapie
- Services rendus par une personne rémunérée par l'hôpital
- Usage d'équipement, de fournitures et de médicaments pour la dialyse rénale et d'hyperalimentation à domicile lorsqu'ils sont disponibles dans un hôpital et prescrits par un médecin du personnel de cet hôpital
- Ergothérapie, orthophonie et physiothérapie dans un hôpital canadien agréé, lorsque prescrites par un médecin dans le cadre d'un traitement nécessaire sur le plan médical

### **Soins hospitaliers – Patient externe**

- Procédures de laboratoire, de radiologie et autres procédures diagnostiques
- Usage de services de radiothérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie et des installations de physiothérapie, lorsque disponibles
- Usage des services de consultation en diététique, lorsque prescrits par un médecin
- Usage de la salle d'opération et des installations anesthésiques
- Services infirmiers nécessaires
- Repas requis au cours d'un programme de traitement
- Médicaments, préparations biologiques et autres prescrits et administrés à l'hôpital

### **Autres praticiens (c.-à-d. optométristes, chiropraticiens, etc.)**

La couverture varie selon la province de résidence et de l'âge du patient. L'admissibilité et le montant alloué sont basés sur les différents barèmes d'honoraires provinciaux.

### **Services ambulanciers – Requis sur le plan médical**

- Ambulance terrestre (des frais d'utilisation peuvent s'appliquer selon la province où se produit l'incident)
- Usage d'une ambulance terrestre, lorsque nécessaire sur le plan médical. Tout défaut d'obtenir l'approbation préalable de GSC pourrait entraîner le refus du remboursement des frais engendrés.

## Soins dentaires

À l'hôpital, les procédures dentaires sont couvertes si elles sont effectuées dans une salle d'opération par un chirurgien dentiste attitré au sein du personnel dentaire de l'hôpital.

Le remboursement se limitera aux montants détaillés dans le barème provincial des prestations.

## Services de diagnostic, de radiographie et de laboratoire

- Services spécifiquement et expressément autorisés par un médecin qui a procédé à l'évaluation clinique du patient et qui sont effectués dans un laboratoire agréé en vertu de la *Loi sur la santé publique* ou dans un laboratoire de santé publique approuvé en tant qu'établissement de services de santé connexes
- Radiographies à des fins de diagnostic et de traitement demandées par un médecin

## Couverture médicale à l'extérieur du Canada – Lors d'un voyage

Le remboursement sera conforme aux dispositions du régime provincial pour :

- Les soins hospitaliers d'urgence en milieu hospitalier
- Tous les services d'urgence en consultation externe au cours d'une même journée
- Les services médicaux d'urgence, jusqu'à concurrence des honoraires détaillés dans le Guide des tarifs provinciaux

## Rapatriement

Un montant pouvant atteindre jusqu'à 10 000 \$ pourra être déboursé pour les dépenses nécessaires et raisonnables liées au rapatriement dans le pays de résidence d'un patient invalide et qu'on prévoit totalement invalide ou qui est décédé.

## Exclusions

Les éléments suivants sont exclus de la couverture de remplacement du régime provincial :

1. Tout médicament, traitement ou service qui :
  - i. serait considéré normalement comme admissible au titre du régime d'assurance-maladie provincial;
  - ii. est reçu pour traiter un [problème de santé préexistant](#) au-delà du maximum prévu au cours des 12 premiers mois de couverture au titre de cette couverture de remplacement du régime;
  - iii. est reçu à la date de résiliation de cette couverture ou après pour toute raison indiquée dans la section Résiliation de cette brochure;
2. Tout frais dépassant ce qui est stipulé dans le régime d'assurance-maladie provincial;
3. Toute dépense qui est couverte par toute loi obligatoire ou volontaire de services de santé ou hospitaliers du gouvernement fédéral ou provincial, *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, ou autre loi ou réglementation existante dans toute province, que vous soyez ou pas inscrit au régime d'assurance-maladie ou de services hospitaliers provincial.

## COMMENT SOUMETTRE UNE RÉCLAMATION

Pour les services admissibles, soumettre à Allianz Global Assistance un formulaire de réclamation de Couverture de remplacement du régime provincial dûment rempli.

Dans certaines circonstances, des dispositions peuvent être prises pour un remboursement direct au fournisseur de service.

Toute réclamation doit être effectuée au service Assistance-voyage de GSC (Allianz Global Assistance) dans les 12 mois suivant la date à laquelle les services admissibles ont été obtenus.

Pour obtenir des détails supplémentaires au sujet de la soumission des réclamations, veuillez consulter le sommaire des garanties sur le Centre des étudiants de GSC à l'adresse suivante : <https://www.greenshield.ca/fr-ca/centre-des-etudiants/regime-des-etudiants-internationaux-centre-d-acquisitions-gouvernementales/>

Vous pouvez également soumettre vos réclamations en ligne à Allianz à l'adresse suivante : <https://www.allianzassistanceclaims.ca/login>.

**Pour toute urgence médicale, composez le : 1-800-936-6226**

Allianz Global Assistance  
C. P. 277  
Waterloo (Ontario) N2J 4A4  
1 800 363-1835

## NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Le Code de protection des renseignements personnels de GSC assure l'équilibre entre les droits à la vie privée des assurés de nos régimes et de leurs personnes à charge ainsi que de nos employés et les exigences légitimes en matière d'information nécessaire au service à la clientèle.

Pour consulter nos politiques et procédures de confidentialité, veuillez vous rendre à [greenshield.ca](https://www.greenshield.ca).

## VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Ce sommaire contient des renseignements importants concernant votre régime d'assurance collective, qui vous est offert par le **Centre d'acquisitions gouvernementales** (CAG), preneur du contrat souscrit auprès de Green Shield Canada (GSC), en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2022.

### SOMMAIRE DES PROTECTIONS DE SOINS DE SANTÉ

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

<b>Franchise par année civile</b> (par personne/par famille)	Aucune franchise
<b>Maximums</b> Maximum global pour soins de santé	750 000 \$ à vie pour toutes les protections combinées, y compris la protection d'assurance voyage
<b>Votre quote-part</b> Médicaments sur ordonnance	5 \$ plus 10 % du reste du coût de la réclamation autorisée, par ordonnance ou par renouvellement d'ordonnance
Transport d'urgence, soins infirmiers en service privé à domicile, soins dentaires à la suite d'un accident, protection d'assurance voyage	0 %
Toutes les autres protections de soins de santé	20 %
<b>Couverture de votre régime</b>	<b>Maximum payé par le régime</b>
<b>Médicaments sur ordonnance</b> (Substitution obligatoire par des médicaments génériques limitée à un approvisionnement de 30 jours)	15 000 \$ par année de régime (sous réserve du maximum global pour soins de santé)
<b>Soins infirmiers en service privé</b>	200 \$ par jour pour un maximum de 60 jours par maladie ou blessure par année de régime  200 \$ par jour pour un maximum de 30 jours par maladie ou blessure par année de régime pour les soins de convalescence à domicile
<b>Services professionnels</b> Chiropraticien, podologue, podiatre, ostéopathe, physiothérapeute, psychologue, acupuncteur, diététiste, ergothérapeute	500 \$ par année de régime par type de praticien jusqu'à concurrence de 1 000 \$ pour tous les praticiens combinés
<b>Soins de la vue</b> Examen de la vue	Une fois par année de régime

## SOMMAIRE DE LA PROTECTION D'ASSURANCE VOYAGE

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

<b>Franchise par année civile (par personne/par famille)</b>	Aucune franchise
<b>Votre <a href="#">quote-part</a></b>	0 %
<b>Nombre maximum de jours par voyage</b>	120 jours par voyage à des fins de formation (sauf aux États-Unis) 14 jours par voyage à toute autre fin (y compris aux États-Unis)
<b>Couverture de votre régime</b>	<b>Maximum payé par le régime</b>
<a href="#">Services d'urgence</a>	Jusqu'à concurrence du maximum global pour soins de santé
<a href="#">Services d'orientation</a>	Jusqu'à concurrence du maximum global pour soins de santé

**Avant de partir, rendez-vous à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) pour prendre connaissance des renseignements importants qui vous serviront si une urgence médicale survient pendant votre voyage.**

## AU SUJET DE CE SOMMAIRE

Ce sommaire vise à vous donner un aperçu des protections offertes. Le détail de ces protections, y compris les limites et exclusions applicables aux garanties figurant dans ce sommaire, qui fera partie de votre brochure d'assurance, pourra être consulté en ligne à [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

Ce sommaire décrit les [franchises](#), [quotes-parts](#) et maximums qui peuvent s'appliquer si vous faites partie de la division indiquée sur la page de couverture du présent sommaire. Tous les montants maximums sont exprimés en dollars canadiens.

Seules les protections que vous avez précisément demandées et auxquelles votre preneur de contrat vous a déclaré admissible s'appliquent à vous. Votre couverture d'assurance se terminera le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous atteindrez 65 ans ou à la date à laquelle votre preneur de contrat avisera GSC que vous n'êtes plus admissible, la date la plus rapprochée étant retenue.

Vous recevrez une ou plusieurs cartes d'identification indiquant le numéro d'identification GSC que vous devrez transcrire sur tous vos formulaires de réclamation et votre correspondance, et que vous devrez utiliser pour vous identifier auprès du Centre de service à la clientèle. Votre numéro se terminant par -00 figurera au recto de la carte.

## GSC PARTOUT – DE L'INFORMATION À VOTRE FAÇON

En plus de vous fournir ce sommaire et de vous donner accès à notre Centre de service à la clientèle, vous aurez également accès à notre site Web sécurisé. Le libre-service du site Web de GSC rend les choses plus faciles, pratiques et efficaces. Inscrivez-vous auprès de GSC pour :

- visualiser votre brochure d'assurance;
- accéder à l'historique de vos réclamations, y compris leurs étapes de traitement;
- vérifier votre admissibilité et votre couverture pour les services ou articles de soins de santé afin de savoir instantanément quelle partie d'une réclamation sera remboursée;
- soumettre les réclamations en ligne (certaines demandes peuvent même être traitées instantanément si vous êtes inscrit au dépôt direct);
- rechercher un médicament afin d'obtenir des renseignements se rapportant à votre propre couverture;
- rechercher des fournisseurs de soins de santé approuvés par GSC dans une région donnée (au Canada) qui soumettront vos réclamations pour vous;
- demander le dépôt direct des paiements dans votre compte bancaire;
- imprimer des formulaires de réclamation personnalisés et accéder à votre carte d'identification numérique;
- imprimer des relevés personnels d'explication des prestations dont vous aurez besoin pour la coordination des prestations.

Inscrivez-vous en ligne à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) et voyez ce que notre site Web peut faire pour vous!

## NOTRE ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

Le Code de protection des renseignements personnels de GSC assure l'équilibre entre les droits à la vie privée des assurés de nos régimes et de leurs personnes à charge ainsi que de nos employés et les exigences légitimes en matière d'information nécessaire au service à la clientèle.

Pour consulter nos politiques et procédures de confidentialité, veuillez vous rendre à [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

# TABLE DES MATIÈRES

<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>ADMISSIBILITÉ</b> .....	<b>3</b>
Pour vous.....	3
Date d'entrée en vigueur.....	3
Résiliation.....	3
<b>DESCRIPTION DES PROTECTIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ</b> .....	<b>4</b>
Médicaments sur ordonnance.....	4
Soins de santé complémentaires.....	5
<b>VOYAGES</b> .....	<b>10</b>
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS</b> .....	<b>18</b>
<b>SERVICES SUPPLÉMENTAIRES</b> .....	<b>21</b>
Maple.....	21
Programme d'aide aux étudiants.....	21

## DÉFINITIONS

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

**Année civile** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année.

**Année de régime** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1<sup>er</sup> août au 31 juillet de chaque année.

**Assuré** vous désigne, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

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

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

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

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

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

**Médicament biologique** signifie un médicament produit au moyen de cellules ou de microorganismes vivants (p. ex. des bactéries), souvent fabriqué à l'aide d'un procédé particulier appelé technique d'analyse de l'ADN.

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

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

**Montant permis** désigne, selon GSC :

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

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

**Établissement d'enseignement participant** signifie un collège, une université ou autre établissement d'enseignement postsecondaire accrédité qui est un établissement scolaire membre participant au régime de garanties du CAG.

**Personne couverte** désigne l'assuré inscrit au régime.

**Quote-part** désigne le montant admissible permis qui doit être payé par vous avant que le remboursement d'une dépense puisse être effectué.

## ADMISSIBILITÉ

### Pour vous

Pour être admissible à la couverture, vous devez être un assuré et :

- a) être âgé de moins de 65 ans; et
- b) être un étudiant étranger inscrit ou réputé inscrit dans un établissement d'enseignement participant.

### Date d'entrée en vigueur

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

Vous serez admissible à la couverture le 1er jour du mois au cours duquel vous commencez votre programme d'études ou 15 jours avant le début de votre programme d'études.

La couverture de ce régime d'assurance est obligatoire. Vous ne pourrez y renoncer à moins d'avoir été approuvé par la RAMQ pour la couverture provinciale.

Votre preneur de contrat assume l'entière responsabilité de la soumission de tous les formulaires nécessaires à GSC à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime ou de la date à laquelle vous devenez admissible.

### Résiliation

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) Date à laquelle votre preneur de contrat met fin à la couverture;
- b) Premier jour du mois suivant la date de votre 65<sup>e</sup> anniversaire;
- c) Fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- d) Date à laquelle le régime d'assurance collective prend fin;
- e) Date à laquelle vous devenez admissible pour vous inscrire à un régime d'assurance-maladie gouvernemental au Canada;
- f) Date à laquelle vous n'êtes plus inscrit dans un établissement d'enseignement participant au régime de garanties du CAG;
- g) Date coïncidant avec le 15<sup>e</sup> jour d'un séjour aux États-Unis ou dans tout pays autre que le Canada, quel que soit le but du voyage;
- h) Date coïncidant avec le 121<sup>e</sup> jour d'un séjour à l'extérieur du Canada dans un pays où l'étudiant participe à un stage reconnu par l'établissement d'enseignement collégial (sauf aux États-Unis où les séjours sont limités à 14 jours, comme mentionné au point h) ci-dessus);
- i) Date à laquelle vous quittez définitivement le Canada;
- j) Date de rapatriement proposée par GSC lorsque l'assuré refuse la décision de GSC de le rapatrier dans son pays de résidence permanente, comme indiqué dans la description des protections;
- k) Pour les étudiants inscrits à un programme d'études, le dernier jour du mois ou 15 jours après la fin de votre programme d'études.

Toutefois, dans les cas mentionnés aux points h) et i) ci-dessus, la couverture sera remise en vigueur au retour au Canada.

En cas d'abandon en cours de session, la couverture cessera 15 jours après la fin de l'inscription du participant au cégep ou au collège privé.

## DESCRIPTION DES PROTECTIONS

### RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

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

#### Médicaments sur ordonnance

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

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

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

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

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

Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable de GSC avant que les frais pour ces médicaments puissent être remboursés. Pour savoir si votre médicament nécessite une autorisation préalable, vérifiez votre couverture dans la section « Vos protections pour soins de santé » dans l'appli *GSC partout*, ou communiquez avec le Centre de service à la clientèle de GSC.

La quantité distribuée ne doit jamais dépasser un approvisionnement de trente jours.

#### Substitution obligatoire par des médicaments génériques

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

**REMARQUES :**

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

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

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

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) Médicaments pour le traitement de l'obésité, du dysfonctionnement érectile et de l'infertilité;
- b) [Médicaments biologiques de référence](#) pour lesquels il existe un [médicament biosimilaire](#) approuvé;
- c) Vitamines qui ne nécessitent pas une ordonnance;
- d) Vaccins;
- e) Médicaments de désaccoutumance au tabac à prendre par voie orale et produits de substitution de la nicotine comme les timbres, la gomme, les pastilles et les inhalateurs;
- f) Produits qui peuvent être légalement vendus ou offerts à la vente autrement que par les pharmacies de détail, et qui ne sont pas normalement considérés par les praticiens comme des médicaments pour lesquels une ordonnance est nécessaire ou obligatoire, sauf s'ils sont expressément désignés et admissibles comme « médicaments sur ordonnance »;
- g) Ingrédients ou produits qui n'ont pas été approuvés par Santé Canada pour le traitement d'un problème de santé ou d'une maladie et qui sont réputés être de nature expérimentale ou au stade des essais;
- h) Mélanges préparés par un pharmacien qui ne sont pas conformes à la politique actuelle de GSC sur les composés.

**Soins de santé complémentaires**

**Articles et services médicaux :** Lorsque prescrits par un praticien dûment qualifié, à moins d'avis contraire ci-dessous, remboursement des frais [raisonnables et habituels](#), jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le Sommaire des protections, le cas échéant, pour :

- a) les orthèses, les plâtres pour location seulement et dans la limite du coût d'achat;
- b) le matériel et les fournitures pour personnes diabétiques, comme glucomètres;
- c) les services médicaux, comme :
  - i) tests diagnostiques et de laboratoire;
  - ii) radiographies;
  - iii) imagerie par résonance magnétique (IRM);
- d) les articles médicaux comme les dispositifs de contraception intra-utérins;
- e) les aides à la mobilité et les articles médicaux, comme :
  - i) cannes, béquilles et déambulateurs pour location seulement et dans la limite du coût d'achat;
  - ii) fauteuils roulants et scooters électriques (y compris les batteries) pour location seulement et dans la limite du coût d'achat;

- f) les articles respiratoires ou de cardiologie, comme :
- i) compresseurs et dispositifs d'inhalation;
  - ii) oxygène et équipement pour son administration;
  - iii) fournitures de trachéotomie.

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

### Limites

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

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

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

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

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

### **REMARQUE :**

- Les services de podologie sont admissibles en coordination avec votre couverture de remplacement du régime provincial.

**Soins dentaires à la suite d'un accident :** Remboursement des frais de soins dentaires sur dents naturelles prodigués par un dentiste autorisé à pratiquer sa profession lorsque ces soins sont nécessaires par suite d'un coup direct reçu sur la bouche et non à cause d'un objet placé sciemment ou non dans la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année de régime. L'accident doit survenir pendant que la protection est en vigueur. Lorsque des dents naturelles ont été endommagées, les services admissibles sont limités à un jeu de dents artificielles. Vous devez aviser GSC immédiatement après l'accident et le traitement doit être terminé dans les 180 jours qui suivent l'accident.

GSC ne peut être tenue responsable des services fournis après la première des deux éventualités suivantes : a) 180 jours après l'accident ou b) la date à laquelle votre protection cesse dans le cadre du régime.

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

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

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

**Soins de la vue :** Remboursement, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le Sommaire des protections, des examens d'optométrie de l'acuité visuelle effectués par un optométriste, ophtalmologiste ou médecin autorisé. Cette protection est offerte uniquement dans les provinces où les examens de la vue ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie.

Cette protection exclut les lunettes et lentilles cornéennes d'ordonnance, les lentilles cornéennes jugées nécessaires d'un point de vue médical et tout service connexe, pour lequel aucuns frais ne seront remboursés.

### **Exclusions des protections de soins de santé**

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
  - a) un acte de guerre, déclaré ou non;
  - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
  - c) une tentative d'infraction criminelle, une infraction criminelle ou un acte illégal;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un médecin ou dentiste dûment qualifié;
4. Traitement, médicament, fournitures ou service non urgents reçus à l'extérieur du Canada;
5. Frais pour traduire ou remplir des formulaires de réclamation ou des rapports d'assurance;
6. Toute forme de cannabis thérapeutique pour le traitement d'un problème de santé, indépendamment du fait qu'elle soit autorisée au moyen d'un document médical ou d'une ordonnance rédigés par un médecin praticien légalement autorisé, et obtenue auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada en vertu de toute loi ou de tout règlement fédéral ou provincial concernant l'accès au cannabis à des fins médicales ou sa distribution;

7. Tout traitement ou médicament répondant aux critères suivants :

- a) Il ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, dentaire ou ophtalmologique, y compris les frais pour services ou fournitures qui sont de nature expérimentale;
- b) Il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût), selon ce qui a été déterminé dans le cadre du processus de revue de médicaments de GSC, que son utilisation soit approuvée par Santé Canada ou non;
- c) Il est un médicament d'appoint prescrit dans le cadre d'un traitement ou un médicament qui n'est pas couvert par le régime;
- d) Il est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada;
- e) Il n'est pas fourni par le pharmacien conformément au mode de paiement prévu par le régime d'assurance pour les médicaments sur ordonnance;
- f) Il n'est pas utilisé ni administré conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada, même si le médicament ou la procédure peuvent habituellement être utilisés dans le traitement d'autres maladies ou blessures ([emploi non conforme à l'étiquette](#));

8. Services ou fournitures répondant aux conditions suivantes :

- a) Ils ne sont pas recommandés, fournis, ni approuvés par un praticien ou dentiste traitant dûment qualifié (de l'avis de GSC) comme l'autorise la loi;
- b) Ils sont légalement exclus par le gouvernement;
- c) Vous n'êtes pas obligé de les payer ni aucuns frais ne seraient perçus en l'absence de couverture, ou le paiement est effectué en votre nom par une association de remboursement anticipé sans but lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, un organisme équivalent ou une partie autre que GSC, votre preneur de contrat ou vous-même;
- d) Ils sont fournis par un professionnel de la santé dont l'agrément octroyé par la réglementation provinciale ou une association professionnelle a été suspendu ou révoqué;
- e) Ils ne sont pas fournis par un fournisseur de services désigné à la suite d'une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé dûment qualifié;
- f) Ils sont utilisés uniquement pour des activités récréatives ou sportives et ne sont pas médicalement nécessaires pour les activités régulières;
- g) Ils sont fournis principalement à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou pour corriger des malformations congénitales;
- h) Ils sont fournis par un membre de la famille immédiate qui vous est lié par la naissance, par adoption ou par mariage, ou un praticien qui habite normalement sous votre toit. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant, un frère ou une sœur;
- i) Ils sont fournis par votre preneur de contrat ou un praticien employé par votre preneur de contrat, en dehors du cadre d'un programme d'aide aux employés;
- j) Ils visent le remplacement d'objets perdus, égarés ou volés ou d'articles qui sont endommagés par négligence. Les remplacements sont admissibles lorsqu'ils sont nécessaires en raison de l'usure, de la croissance naturelle ou d'un changement pertinent dans votre état de santé, mais seulement lorsque l'équipement ou les prothèses ne peuvent pas être ajustés ni réparés à un coût moindre, mais qu'ils sont toujours médicalement requis;
- k) Il s'agit de vidéos éducatives, de manuels d'information ou de brochures;
- l) Ils sont fournis pour un traitement visuel et auditif médical ou chirurgical;
- m) Il s'agit de procédures particulières ou inhabituelles comme le traitement orthoptique, l'entraînement visuel, les prothèses pour vision subnormale et les verres iséiconiques;
- n) Il s'agit de frais de livraison et de transport;
- o) Il s'agit de pompes à insuline et de fournitures connexes (sauf celles couvertes par le régime);
- p) Ils concernent des examens médicaux, des examens audiométriques ou des tests d'évaluation d'appareils auditifs;
- q) Ils concernent des batteries, sauf si ces dernières sont expressément admissibles au titre d'une protection;
- r) Il s'agit de dispositifs ou d'appareils prothétiques de rechange;

- s) Ils proviennent d'un organisme gouvernemental et sont obtenus sans frais conformément aux lois ou règlements adoptés par un organisme fédéral, provincial, municipal ou autre;
- t) Ils devraient normalement être payés par un régime provincial d'assurance-maladie, une commission ou un tribunal de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail, le Programme des appareils et accessoires fonctionnels ou tout autre organisme gouvernemental, ou ils auraient dû être payables au titre d'un tel régime si une demande de couverture avait été produite en bonne et due forme, ou si les réclamations avaient été soumises correctement et en temps opportun;
- u) Ils ont déjà été fournis ou payés par un organisme gouvernemental, mais ils ont été modifiés, suspendus ou interrompus à la suite de la modification de la loi provinciale sur le régime d'assurance-maladie ou de la radiation de tout service ou produit de ce dernier;
- v) Ils peuvent notamment inclure les médicaments, services de laboratoire, tests de diagnostic ou tout autre service qui est fourni ou administré par une clinique publique ou privée, ou un établissement du même genre, au cabinet d'un médecin ou à son domicile, si le traitement ou le médicament ne répond pas aux normes acceptées ou s'il n'est pas considéré comme efficace (médicalement ou du point de vue du coût, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada);
- w) Ils sont fournis par un praticien qui a quitté le régime provincial d'assurance-maladie qui aurait normalement payé pour le service admissible;
- x) Ils concernent le traitement des blessures résultant d'un accident de véhicule automobile;  
Remarque : Le paiement de prestations pour les réclamations relatives aux accidents de la route dont la couverture est offerte en vertu d'une police de responsabilité automobile sans égard à la faute n'est envisagé que si :
  - i) le service ou le matériel réclamé n'est pas admissible;
  - ii) l'engagement financier est terminé.Une lettre de votre compagnie d'assurance automobile est exigée.
- y) Ce sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais exigés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés à la prestation du service ou de la fourniture en question.

## VOYAGES

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

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

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

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

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

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

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

- a) Aucun nouveau traitement n'a été prescrit ou recommandé et il n'y a eu aucun changement dans le traitement actuel (y compris l'arrêt du traitement);
- b) Le problème de santé ne s'est pas aggravé;
- c) Aucun symptôme nouveau n'est apparu et les symptômes existants ne se sont pas multipliés ni aggravés;
- d) La personne atteinte n'a pas été hospitalisée ni orientée vers un spécialiste;
- e) Aucun test, aucune évaluation, ni aucun traitement n'ont été recommandés ou n'étaient en cours, mais non terminés, et aucun résultat de test n'était en attente;

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

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

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

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

Les dépenses de voyage admissibles comprennent ce qui suit :

**Services hospitaliers et d'hébergement** selon le tarif standard pour une salle commune dans un hôpital général public.

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

### **Transport d'urgence**

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

**Services d'orientation** – a) les services hospitaliers et d'hébergement, jusqu'à concurrence du tarif standard pour une salle commune dans un hôpital général public, ou b) les services médicaux ou chirurgicaux rendus par un médecin ou chirurgien dûment qualifié :

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

**Services d'un infirmier privé** jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année civile, au tarif [raisonnable et habituel](#) pratiqué par un infirmier autorisé (inf. aut.) enregistré à l'endroit où le traitement est donné. Vous devez obtenir une autorisation préalable auprès du service Assistance-voyage de GSC.

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

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

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

**Traitement par un dentiste**, seulement en cas de nécessité en raison d'un coup direct accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les traitements (avant et après le retour) doivent être fournis dans les 90 jours qui suivent l'accident. Les détails de l'accident doivent être fournis au service Assistance-voyage de GSC, accompagnés des radiographies dentaires.

**Retour à la maison** – lorsque votre maladie ou blessure est telle que des services sont requis d'urgence :

- Le service Assistance-voyage de GSC précise par écrit que vous devez immédiatement retourner dans votre province ou territoire de résidence pour une attention médicale immédiate, et le remboursement ne sera effectué que pour les coûts supplémentaires liés à l'achat d'un billet d'avion aller simple en classe économique, ainsi que le retour en classe économique supplémentaire au besoin pour le transport d'une civière, pour vous rendre par la voie la plus directe jusqu'à l'aéroport le plus près du point de départ de votre province ou territoire de résidence.

Cette protection suppose que vous n'êtes pas détenteur d'un billet d'avion aller-retour ouvert valide. Les frais de surclassement, taxes de départ, pénalités d'annulation ou frais de transport aérien pour des membres de la famille ou des amis qui vous accompagnent ne sont pas inclus.

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

**Frais de retour de votre véhicule automobile personnel** à votre domicile ou à l'agence de location le plus près en cas d'impossibilité pour vous de vous en charger pour cause de maladie, blessure corporelle ou décès, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par voyage. Le service Assistance-voyage de GSC exige les reçus originaux des frais engagés, à savoir l'essence, l'hébergement et les billets d'avion.

**Repas et hébergement** jusqu'à concurrence de 1 500 \$ (maximum de 150 \$ par jour pour un maximum de 10 jours) seront remboursés pour les coûts supplémentaires d'hébergement à un hôtel commercial et de repas que vous engagez quand vous restez avec un compagnon de voyage ou une personne incluse dans la couverture « famille », lorsque le voyage est retardé ou interrompu en raison d'une maladie, d'un accident ou du décès d'un compagnon de voyage. Ceci doit être confirmé par écrit par le médecin traitant ou le chirurgien dûment qualifié, avec les reçus originaux à l'appui de l'entreprise commerciale.

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

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

**Vol de retour** si votre véhicule automobile personnel ou celui d'une personne à charge couverte est volé ou rendu inutilisable en raison d'un accident; le remboursement sera effectué pour le prix d'un vol aller simple en classe économique pour que vous puissiez vous rendre par le parcours le plus direct à l'aéroport principal le plus près du point de départ dans votre province ou territoire de résidence. Un rapport officiel de la perte ou de l'accident est requis.

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

## **SERVICE ASSISTANCE-VOYAGE DE GSC**

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

### **Ces services comprennent :**

- 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 en matière de visa ou de documents pour l'entrée dans le pays de destination;
- Assistance multilingue;
- Aide pour localiser les soins médicaux les plus appropriés et les plus près;
- Réseaux de fournisseurs internationaux privilégiés;
- Consultations médicales et suivis, et examen de la pertinence et de la qualité des soins médicaux;
- Aide à l'établissement de contacts avec la famille, le médecin personnel et l'employeur, le cas échéant;

- Suivi des progrès au cours du traitement et de la récupération, et confirmation que le patient est médicalement apte à voyager quand un transfert ou un rapatriement est nécessaire;
- Services de messagerie d'urgence;
- Services de traduction et renvois à des interprètes locaux, si nécessaire, pour les besoins de l'urgence médicale;
- Vérification de la couverture pour faciliter l'entrée et l'admission dans les hôpitaux et autres établissements médicaux;
- Aide spéciale en ce qui concerne la coordination des demandes de paiement direct;
- Coordination des services consulaires et d'ambassade;
- Gestion, organisation et coordination du transport médical d'urgence et d'évacuation, si nécessaire;
- Gestion, organisation et coordination du rapatriement de la dépouille;
- Aide spéciale pour prendre les dispositions nécessaires en cas d'interruption et de perturbation des plans de voyage résultant de situations d'urgence comprenant :
  - le retour des compagnons de voyage non accompagnés;
  - le déplacement au chevet d'une personne alitée;
  - la modification du billet pour cause d'accident ou de maladie et autres urgences de voyage;
  - le retour d'un véhicule automobile personnel en panne et des objets personnels connexes;
- Aide essentielle dans la recommandation d'aide juridique;
- Coordination des cautions et autres actes juridiques;
- Aide pour remplacer les documents de voyage perdus ou volés, y compris les passeports;
- Aide de courtoisie pour obtenir une assistance accessoire et d'autres services de voyage connexes.

### Fonctionnement du service Assistance-voyage

Pour obtenir de l'aide, composez le **1 800 936-6226** au Canada ou aux États-Unis, ou appelez à frais virés au **0 519 742-3556** à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Ces numéros figurent sur votre carte d'identification GSC.

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

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

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

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

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

## Limites de la protection d'assurance voyage

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

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

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

3. Une fois le traitement médical d'urgence commencé, le service Assistance-voyage de GSC doit évaluer et autoriser au préalable tout traitement médical supplémentaire. Si vous passez des tests dans le cadre d'une évaluation médicale, d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale, obtenez un traitement ou subissez une intervention chirurgicale sans autorisation préalable, votre réclamation sera refusée. Cela comprend les tests invasifs, les interventions chirurgicales, le cathétérisme cardiaque, les autres procédures cardiaques, les transplantations et l'imagerie par résonance magnétique.
4. Le rapatriement est obligatoire si le service Assistance-voyage de GSC détermine que la personne couverte doit être transférée dans un autre établissement ou retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour recevoir un traitement, ou une fois l'urgence terminée. Si vous choisissez de ne pas retourner dans votre province ou territoire de résidence :
  - aucune prestation ne sera versée pour les traitements médicaux subséquents;
  - aucune prestation ne sera versée en cas de récurrence ou de complications directement ou indirectement liées au problème de santé à l'origine de la situation d'urgence;
  - la couverture sera limitée, pour le reste du voyage, aux problèmes de santé qui n'ont aucun lien avec le problème de santé qui a causé la situation d'urgence.
5. Les services d'ambulance aérienne ne seront admissibles que dans les cas suivants :
  - Le service Assistance-voyage de GSC les a approuvés au préalable;
  - Il existe un besoin médical pour vous ou votre personne à charge de voyager en civière ou en compagnie d'un membre du personnel médical;
  - Votre personne à charge ou vous-même êtes admis directement à un hôpital dans votre province ou territoire de résidence;
  - Les rapports ou les certificats médicaux des médecins au point de départ et au point d'arrivée sont remis au service Assistance-voyage de GSC;
  - La preuve de paiement (y compris les bordereaux du billet d'avion ou les factures des transporteurs aériens) est soumise au service Assistance-voyage de GSC.

6. Si vous prévoyez voyager dans des zones de troubles politiques ou civils, ou dans des zones où le gouvernement du Canada a émis un avertissement de voyage officiel en ce qui concerne les voyages non essentiels, communiquez avec le service Assistance-voyage de GSC pour obtenir des conseils avant de partir, car nous pourrions être incapables de garantir des services d'assistance.
7. Le service Assistance-voyage de GSC se réserve le droit, sans préavis, de suspendre, de restreindre ou de limiter ses services dans n'importe quelle région où l'un des événements qui suivent se produit :
  - Troubles politiques ou civils, rébellion, émeute ou soulèvement militaire;
  - Conflit de travail ou grève;
  - Catastrophe naturelle;
  - Refus des autorités d'un pays étranger de permettre à GSC d'offrir ses services.

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

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

### **Exclusions de la protection d'assurance voyage**

En plus des exclusions des garanties de soins de santé, les éléments suivants des réclamations d'assurance voyage ne seront pas admissibles à un remboursement :

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

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

2. Frais soumis si la personne couverte ou toute personne agissant en son nom tente de tromper le service Assistance-voyage de GSC ou soumet une déclaration ou une réclamation frauduleuse, fausse ou exagérée.
3. Frais engagés pour des services reçus qui :
  - a) n'étaient pas nécessaires pour obtenir un traitement d'[urgence](#);
  - b) n'étaient pas recommandés par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié;
  - c) ne sont pas couverts par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie;
  - d) sont normalement couverts au titre de la protection hors du Canada de votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (le cas échéant), lorsque le régime provincial ou territorial a refusé le paiement.

4. Frais engagés pour des services reçus après que le service Assistance-voyage de GSC a déterminé ce qui suit :
  - a) La personne couverte doit retourner dans sa province ou son territoire de résidence pour recevoir un traitement, mais celle-ci choisit de ne pas retourner dans sa province ou son territoire de résidence;
  - b) Les services pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à ce que la personne couverte retourne dans sa province ou son territoire de résidence;
  - c) La situation n'est plus urgente;
  - d) Les services sont reçus en raison d'une récidive ou d'une complication liée directement ou indirectement à une situation d'urgence qui correspond à l'énoncé 3. a), b) ou c) ci-dessus selon le service Assistance-voyage de GSC.
  
5. Frais engagés pour des services visant à traiter un problème de santé ou des complications d'un problème de santé liés directement ou indirectement à une épidémie ou à une pandémie si, au moment de la réservation du voyage ou avant la date de départ :
  - Le gouvernement du Canada avait émis un avertissement de voyage officiel conseillant aux Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans un pays, une région, une ville ou tout endroit visé par votre voyage (p. ex. bateau de croisière).
  - Pour prendre connaissance des avertissements de voyage, visitez le site du gouvernement du Canada.
  
6. Frais engagés pour des services visant à traiter :
  - a) un problème de santé, y compris les symptômes d'arrêt de consommation, découlant de la consommation chronique d'alcool, de médicaments ou de substances intoxicantes avant ou pendant le voyage, ou qui y est lié d'une quelconque façon;
  - b) un problème de santé survenu pendant le voyage qui découle, ou qui y est lié d'une quelconque façon, de la consommation abusive d'alcool (entraînant une alcoolémie de plus de 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang), de médicaments ou d'autres substances intoxicantes;
  - c) un problème de santé qui découle du non-respect du traitement prescrit, notamment des médicaments prescrits ou en vente libre.
  
7. Frais engagés relatifs à la grossesse, à l'accouchement ou aux complications en découlant, survenus dans les huit semaines qui ont précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.
  
8. Frais engagés pour un enfant né pendant le voyage dans les huit semaines qui ont précédé ou suivi la date prévue de l'accouchement.
  
9. Frais engagés pendant un voyage effectué afin de recevoir un diagnostic, un traitement, une opération chirurgicale, des soins palliatifs ou tout traitement alternatif, et tous les frais liés directement ou indirectement à des complications qui découlent d'un tel traitement.

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS

### Demandes de renseignements

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

- ♦ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour déterminer l'admissibilité d'un article ou d'un service en particulier et les conditions d'autorisation préalable de GSC, ou
- ♦ Visitez notre site Web à [greenshield.ca](http://greenshield.ca) pour transmettre votre question par courriel.

### Soumission des réclamations

Les formulaires de réclamation, y compris les formulaires d'autorisation préalable et toutes les précisions utiles sur la soumission d'une réclamation, se trouvent à [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

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

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

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

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

### Remboursement

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

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

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

### Paiements excédentaires

GSC se réserve le droit de recouvrer tous les paiements excédentaires ou non justifiés de prestations, en les déduisant des futures réclamations ou en ayant recours à tout autre moyen légal.

### Prescription des actions en justice

En Ontario, toute action ou procédure intentée contre GSC en vue d'obtenir des prestations au titre du présent régime est strictement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

En Colombie-Britannique, en Alberta et au Manitoba, toute action ou procédure intentée contre GSC en vue d'obtenir des prestations au titre du présent régime est strictement interdite, à moins qu'elle n'ait été intentée dans les délais prévus par la loi sur les assurances de la province.

### **Voyage en cas d'urgence**

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

Veillez téléphoner au Centre de service à la clientèle au 1 888 711-1119 pour obtenir tous les détails sur la façon de soumettre des réclamations.

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

Pour faire une réclamation, vous devez indiquer le nom du patient, le numéro du régime provincial d'assurance-maladie, l'adresse et le numéro d'identification GSC avec un relevé détaillé indiquant les services rendus et les frais exigés pour chaque service.

### **Subrogation**

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

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

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

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

Le régime d'assurance de GSC est toujours votre principal régime d'assurance. Si vous êtes couvert par deux régimes d'assurance collective, la priorité est donnée dans l'ordre suivant :

- Régime où vous êtes un assuré à temps plein;
- Régime où vous êtes un assuré à temps partiel;
- Régime où vous êtes un retraité.

### **Prestations de voyage**

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

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

### **Accès à l'information**

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

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

GSC pourrait exiger des frais pour fournir des copies supplémentaires.

## SERVICES SUPPLÉMENTAIRES

The following services are included in your benefit plan but are not provided by GSC. GSC has arranged for this coverage and provides only administration on behalf of your plan sponsor.

### Maple

Vous avez accès à des soins virtuels avec Maple, qui vous met en contact avec un médecin autorisé à pratiquer au Canada, et ce, en quelques minutes. Maple offre un accès immédiat à des médecins à partir d'un téléphone, d'une tablette ou d'un ordinateur. Vous pouvez en profiter avec votre régime d'assurance, et ce, gratuitement. Accédez à Maple à l'adresse [getmaple.ca/greenshield](https://getmaple.ca/greenshield).

### Programme d'aide aux étudiants

Le programme d'aide aux étudiants (PAE) d'Inkblot Technologies vous offre un **soutien immédiat et confidentiel** pour tout problème relatif à votre travail, à votre santé ou à votre vie personnelle. Grâce à cette couverture, vos personnes à charge et vous-même bénéficiez de cinq heures de consultation individuelle et de cinq heures de thérapie de couple. Vous avez aussi accès à des services consultatifs, qu'ils soient d'ordre juridique ou financier, ou qu'ils concernent la carrière, la santé ou les périodes de transition de la vie.

Inkblot Technologies offre une inscription en ligne facile et une expérience numérique grâce à sa technologie de jumelage exclusive qui vous assure de trouver le bon conseiller en fonction de vos besoins cliniques. Pour que le jumelage soit parfait, les 30 premières minutes de consultation ne sont pas prises en compte dans les cinq heures couvertes.

Rendez-vous à [www.therapieinkblot.com/eiqc](https://www.therapieinkblot.com/eiqc) pour vous inscrire.