



## PRESTATION DE SOINS D’AFFIRMATION DE GENRE DÉFINITIONS, EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET PLUS

Barème des prestations

<b>Franchise</b> : Aucune	<b>Coassurance</b> : 0%
<b>Couverture de votre régime</b>	<b>Maximum payé par le Régime:</b>
Affirmation de genre*  * Le diagnostic de dysphorie de genre établi par un médecin ou un infirmier praticien est requis.	Frais raisonnables et habituels, jusqu’à un maximum à vie de 10 000\$

### Services de santé complémentaires

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

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

### DÉFINITIONS

**Montant permis** désigne, selon GSC :

- a) 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;

**Période de couverture** désigne la période de 12 mois consécutifs allant du 1er septembre au 31 août de chaque année.

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

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

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

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

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

- a) Votre conjoint, si vous êtes légalement marié, ou si vous n'êtes pas légalement marié, la personne avec qui vous vivez dans une union de fait depuis plus de 12 mois consécutifs. Un seul conjoint sera considéré à tout moment comme étant couvert aux termes du contrat collectif;
- b) Votre enfant non marié de moins de 22 ans;
- c) Votre enfant non marié de moins de 26 ans, s'il est inscrit à temps plein à un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement reconnu;
- d) Votre enfant non marié (peu importe son âge) devenu totalement invalide alors qu'il était admissible en vertu de la clause b) ou c) ci-dessus, invalide sur une base permanente depuis cette date et considéré comme une personne à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

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

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

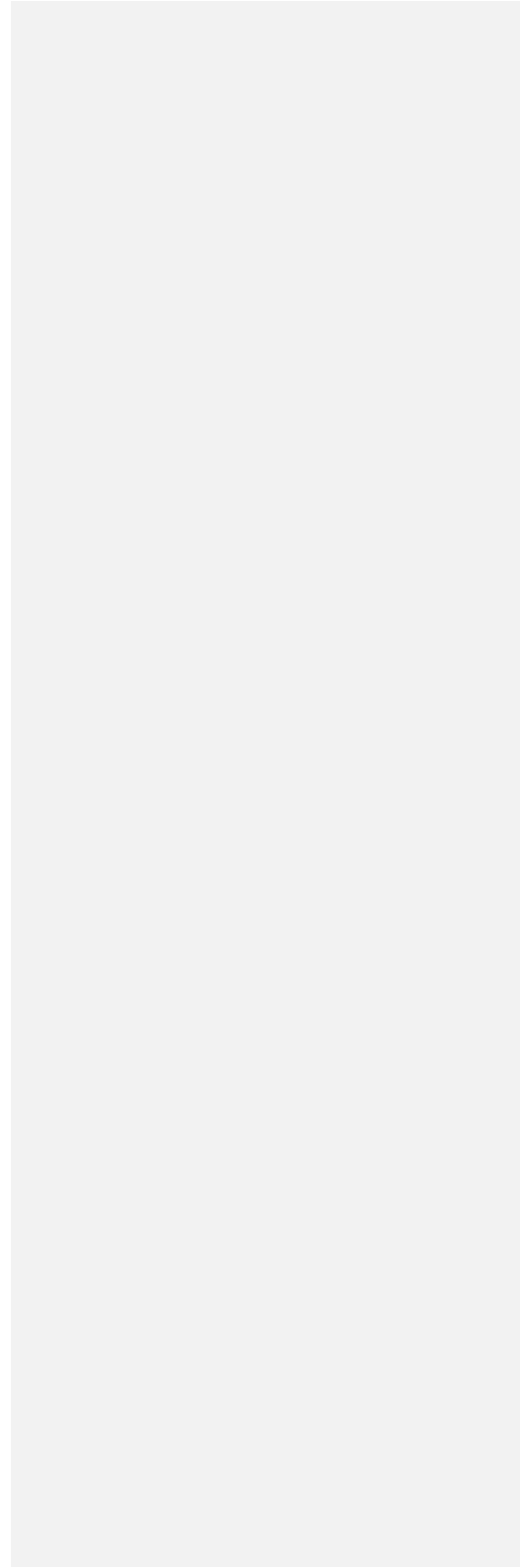
**Première réclamation payée** désigne la date réelle de prestation des services au titre de la r. initiale ou d'une demande antérieure payée par GSC.

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

**Membre du régime** désigne vous, l'étudiant, dès lors que vous êtes inscrit au régime.

**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.

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



## **ADMISSIBILITÉ**

### **Pour vous**

Pour être admissible à la couverture, vous devez être un membre du régime et :

- a) être résident du Canada;
- b) être couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie;
- c) être membre ou membre du personnel de l'association étudiante indiquée sur la couverture du présent livret.

### **Pour les personnes à votre charge**

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

- a) être couvert au titre de ce régime;
- b) veiller à ce que chaque personne à charge soit couverte par un régime provincial d'assurance-maladie.

### **Date d'entrée en vigueur**

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

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

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

### **Résiliation**

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) Date à laquelle vous n'êtes plus un membre ou un membre de l'association étudiante indiquée sur la couverture du présent livret;
- b) Fin de la période pour laquelle des primes ont été versées à GSC pour votre couverture;
- c) Date à laquelle le contrat collectif prend fin.

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

- a) Date à laquelle votre couverture prend fin;
- b) Date à laquelle votre personne à charge n'est plus une personne à charge admissible;
- c) Fin de l'année civile au cours de laquelle votre enfant à charge atteint l'âge limite;
- d) Fin de la période pour laquelle des montants ont été versés pour la couverture de la personne à charge;
- e) Date à laquelle le contrat collectif prend fin.

### **Enfants à charge – Continuité de la couverture**

Tout enfant dont la couverture prend fin parce qu'il a atteint l'âge limite peut être admissible à une couverture continue, sous réserve des conditions suivantes :

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

## Exclusions des prestations de soins de santé

Les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

1. Services ou fournitures reçus à la suite d'une maladie ou d'une blessure attribuable à :
  - a) un acte de guerre, déclarée ou non;
  - b) la participation à une émeute ou à des troubles civils;
  - c) une tentative d'infraction criminelle, une infraction criminelle ou un acte illégal;
2. Services ou fournitures reçus en servant dans les forces armées d'un pays;
3. Omission de se présenter à un rendez-vous avec un 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 réclamations 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 spécifique qui :
  - a) ne répond pas aux normes acceptées de la pratique médicale, y compris les frais pour des services ou des fournitures de nature expérimentale ;
  - b) est administré dans un hôpital ou doit être administré dans un hôpital conformément à l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada
8. Services ou fournitures qui :
  - a) ne sont pas recommandés, fournis ou approuvés par le médecin traitant légalement qualifié (de l'avis de GreenShield), comme le permet la loi ;
  - b) dont la couverture est légalement interdite par le gouvernement
  - c) vous n'êtes pas obligé de payer ou pour lequel aucun frais ne serait facturé en l'absence de couverture d'avantages sociaux ou pour lequel le paiement est effectué en votre nom par une association de paiement anticipé à but non lucratif, une compagnie d'assurance, un administrateur tiers, comme une agence ou une partie autre que GreenShield, le promoteur de votre régime ou vous.
  - d) sont fournis par un praticien de la santé dont le permis délivré par l'association provinciale de réglementation et/ou professionnelle compétente a été suspendu ou révoqué.
  - e) ne sont pas fournis par un prestataire de services désigné en réponse à une prescription émise par un praticien de la santé légalement qualifié.
  - f) sont principalement destinés à des fins cosmétiques ou esthétiques, ou visent à corriger des malformations congénitales
  - g) sont fournis par un membre de votre famille immédiate lié à vous par naissance, adoption ou par mariage et/ou un praticien qui réside habituellement chez vous. Un membre de la famille immédiate comprend un parent, un conjoint, un enfant ou un frère ou une sœur.
  - h) sont fournis par votre promoteur de régime et/ou un praticien employé par votre promoteur de régime, autrement que dans le cadre d'un régime d'aide aux employés

i) sont un remplacement d'objets perdus, manquants ou volés, ou d'objets endommagés en raison d'une négligence. Les remplacements sont admissibles lorsque cela est nécessaire en raison de l'usure naturelle, de la croissance ou d'un changement pertinent de votre état de santé, mais uniquement lorsque l'équipement/les prothèses ne peuvent pas être ajustés ou réparés à moindre coût et que l'article est toujours médicalement nécessaire.

j) sont des kits pédagogiques vidéo, des manuels ou brochures d'information

k) sont destinés à un traitement audio et visuel médical ou chirurgical

l) sont des procédures spéciales ou inhabituelles

m) sont les frais de livraison et de transport

n) il s'agit d'un dispositif ou d'un appareil prothétique en double

o) proviennent de tout organisme gouvernemental et sont obtenus gratuitement en conformité avec les lois ou règlements édictés par un organisme gouvernemental fédéral, provincial, municipal ou autre.

p) serait normalement payé par l'intermédiaire d'un régime d'assurance maladie provincial, de la Commission ou d'un tribunal de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, du Programme des appareils et accessoires fonctionnels ou de tout autre organisme gouvernemental, ou qui aurait été payable en vertu d'un tel régime si une demande de couverture appropriée avait été faite, ou si la soumission des réclamations en bonne et due forme avait été faite en temps opportun.

q) ont été précédemment fournis ou payés par un organisme ou une agence gouvernementale, mais qui ont été modifiés, suspendus ou interrompus à la suite de changements dans la législation du régime de santé provincial ou de la radiation de tout service ou fournitures du régime de santé provincial

r) peut inclure, sans toutefois s'y limiter, les médicaments, les services de laboratoire, les tests de diagnostic ou tout autre service fourni par et/ou administré dans une clinique de soins de santé publique ou privée ou un établissement similaire, un cabinet ou une résidence d'un médecin, où le traitement ou le médicament ne répond pas aux normes acceptées ou n'est pas considéré comme efficace (soit sur le plan médical, soit du point de vue des coûts, selon l'indication d'utilisation approuvée par Santé Canada)

s) sont fournis par un médecin qui s'est retiré de tout régime provincial d'assurance maladie et le régime provincial d'assurance maladie aurait autrement payé pour ce service admissible

t) sont des services cognitifs ou administratifs ou d'autres frais facturés par un fournisseur de services pour des services autres que ceux directement liés au service fourni ou de la fourniture.

## RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS

### Demandes de renseignements

Pour des renseignements détaillés :

- ◆ Appelez notre Centre de service à la clientèle au 1.888.525.7587 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

Toutes les réclamations envoyées à GSC doivent porter votre numéro d'identification GSC. Votre numéro d'identification GSC est votre numéro d'étudiant précédé de « **XXX** » – p. ex., **XXX111222333**. Visitez [aseq.ca](http://aseq.ca) pour connaître les informations nécessaires pour soumettre une réclamation.

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

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 de la réclamation.

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

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

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

Il se peut que nous exigions une confirmation de paiement supplémentaire pour certaines réclamations. C'est pourquoi nous vous recommandons de conserver une copie d'une autre confirmation de paiement identifiable, par exemple un chèque annulé (une copie est acceptable si le recto et le verso du chèque sont fournis), un reçu électronique de paiement autorisé par carte de crédit ou un relevé de carte de crédit, un reçu de paiement direct ou par carte de débit, ou encore un relevé bancaire.

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

## Soumettre tous les formulaires de réclamations à :

### Green Shield Canada

À l'attention de : Services professionnels	C.P.1699	Windsor (Ontario)	N9A 7G6
--	----------	-------------------	---------

### Remboursement

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

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

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

### Paiements excédentaires

GSC se réserve le droit de recouvrer tous les paiements excédentaires ou non justifiés de prestations, en les déduisant des futures 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, au Manitoba et au Québec, 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.

Commented [DA1]: Not sure I need to add it here but if so we would need to also add it in the English version.

### Paiement direct au fournisseur de services (le cas échéant)

Présentez votre carte d'identification GSC à votre fournisseur; une fois que vous aurez payé la coassurance applicable, le fournisseur facturera GSC directement et, dans bien des cas, le paiement lui sera versé directement. La plupart des fournisseurs ont également des formulaires de réclamations.

### Subrogation

GSC se réserve le droit de subrogation si les prestations versées en votre nom ou en celui de la personne à votre charge sont payées ou auraient dû être payées ou fournies par une tierce partie. Cela signifie que GSC a le droit de recouvrer le paiement de remboursement si vous ou votre personne à charge recevez un remboursement, en tout ou en partie, d'un tiers ou d'une autre couverture relativement à des protections fournies par GSC ou à des paiements effectués pas GSC. Dans les cas de responsabilité civile, vous devez informer votre avocat de nos droits de subrogation.

### Accès à l'information

Si vous habitez dans une province où la loi vous permet de demander des copies de vos dossiers, GreenShield vous fournira gratuitement une copie des documents suivants :

- tout formulaire d'inscription que vous avez rempli pour la couverture de ce régime et qui a été soumis à GreenShield ;
- toute déclaration écrite ou autre dossier concernant votre santé que vous avez soumis à GreenShield au cours de votre demande de couverture dans le cadre de ce régime ;
- une copie du contrat de groupe.



GreenShield peut vous facturer la fourniture de copies supplémentaires

