

Assurances pour soins de santé et pour soins dentaires – Membres actifs

Résumé de la couverture offerte

Tables des matières

Introduction	2
Régime de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux	
Avertissement	2
Résumé de l'assurance pour soins de santé	3
Résumé de l'assurance pour soins dentaires.....	9

Introduction

Le présent résumé contient des renseignements sur les assurances collectives que vous offre l'Église Unie du Canada à compter du 1^{er} janvier 2022. La brochure plus détaillée sera publiée ultérieurement au cours de l'année.

Régime de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux

Le régime d'assurances collectives de l'Église Unie vise à compléter les protections offertes dans le cadre des régimes provinciaux. Il s'agit de s'assurer que les membres disposent d'un niveau de protection combinée similaire, peu importe leur lieu de résidence au Canada.

Avertissement

Le présent document résume les éléments du régime d'avantages sociaux collectifs de l'Église Unie du Canada. Il ne couvre pas tous les éléments, modalités, conditions, exclusions et limites du régime et ne vise pas à remplacer les documents de référence (y compris les polices d'assurance en vigueur). Nous nous sommes efforcés de veiller à ce que les renseignements qui y figurent soient exacts; en cas de divergence entre le résumé et les documents de référence, ce sont ces derniers qui prévalent dans tous les cas. L'Église Unie du Canada se réserve le droit, de manière unilatérale, de modifier, de suspendre ou de mettre fin, en tout ou en partie, au régime d'avantages sociaux collectifs, à n'importe quel moment, sans préavis et sans dédommagement.

Résumé de l'assurance pour soins de santé

L'assurance pour soins de santé est assujettie à des limites « raisonnables et habituelles » et à des franchises, et ne couvre pas les frais d'exécution d'ordonnance. La franchise est de 250 \$ par famille et par année civile, et s'applique à tous les types de protection offerts pour les soins de santé. Les demandes de règlement du dernier mois d'une année civile donnée peuvent servir à couvrir la franchise de l'année suivante.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres renseignements
Service d'ambulance dans les limites de la province de résidence	Transport terrestre, aérien ou ferroviaire du lieu où la blessure est subie jusqu'au premier hôpital traitant, ou de cet hôpital à un autre.	Couverture à 80 %	
Membres et yeux artificiels		Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Appareils orthopédiques, plâtres, béquilles, attelles et bandages herniaires	Pour le dos, le cou, le bras ou la jambe	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Prothèse mammaire	Raisons autres qu'esthétiques; après une mastectomie	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Bas de contention	2 paires par personne par année civile	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée. Sous réserve de l'approbation de Green Shield, selon le degré de contention requis
Hôpital pour convalescents	Chambre et pension, et autres services et fournitures nécessaires	Aucune couverture	
Traitements dentaires	Réalisés par un dentiste pour réparer des dents naturelles saines, à la suite d'une blessure accidentelle subie à l'extérieur de la bouche. Le traitement doit commencer dans un délai de 30 jours à compter de la date de l'accident et être achevé dans un délai de 6 mois après la date de l'accident.	Couverture à 80 %	
Fournitures pour diabétiques	Par exemple : glycomètre et lancettes	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin peut être exigée.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres renseignements
Médicaments : seuls les médicaments qui exigent une ordonnance en vertu de la loi et qui portent un numéro d'identification de médicament (DIN) pourront faire l'objet d'un remboursement.*	Limite : provision de 100 jours par ordonnance. Une autorisation spéciale peut être exigée pour certains médicaments; certains médicaments préparés en pharmacie pourraient ne pas être couverts. Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec Green Shield Canada.	Couverture à 80 %**	
Médicaments en vente libre	Pour pouvoir être remboursés, les médicaments en vente libre doivent être prescrits par votre médecin pour le traitement d'un problème de santé chronique qui met votre vie en danger et être vendus par un pharmacien.	Couverture à 80 %**	Une lettre du médecin est exigée.
Équipement médical durable	Par exemple : fauteuils roulants, marchettes (déambulateurs), etc. Il est recommandé de demander une détermination préalable de la protection offerte.	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée. Pour un usage de courte durée, seule la location est couverte. Il se peut qu'on préfère une réparation (lorsque celle-ci offre un bon rapport coût-efficacité) à un achat.
Médicaments contre l'infertilité		Couverture à 80 % jusqu'à concurrence du maximum à vie de 3 500 \$ par personne	
Chirurgie d'affirmation de genre		Frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence de 20 000 \$ à vie	Le diagnostic de dysphorie de genre d'un médecin (M.D.) ou d'une infirmière praticienne est requis
Appareils auditifs	Le coût, l'installation et la réparation sont couverts pour un appareil standard par oreille par période de 36 mois consécutifs.	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin ou de l'audiologiste est exigée. Les frais relatifs aux embouts auriculaires ne sont pas couverts.

*Si on vous prescrit un médicament de marque alors qu'il existe un équivalent générique (ou moins cher), la couverture se base sur le médicament le moins cher. Discutez avec votre médecin des solutions de rechange, car les écarts de coût peuvent être importants.

** Somme maximale à déboursier : une fois qu'un membre a payé la franchise et la coassurance, soit 1 000 \$ pour les médicaments au cours d'une année civile, les dépenses admissibles pour les **médicaments** seront remboursées à 100 %.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres renseignements
Séjour à l'hôpital		Couverture fournie par le régime provincial.	
Services infirmiers à domicile	Service infirmier fourni par une infirmière ou par une infirmière auxiliaire	Couverture à 80 % jusqu'à concurrence du maximum à vie de 25 000 \$ par personne***	Une lettre du médecin est exigée. Les services ménagers ne sont pas couverts. L'infirmière ne réside généralement pas au domicile de la personne membre du régime et ne doit pas avoir de liens de parenté avec elle.
Chaussures orthopédiques, sur mesure seulement	Limite de 2 paires par année civile	Couverture à 50 %	Une lettre du médecin est exigée.
Orthèses pour les pieds, sur mesure seulement		Couverture à 80 % 250 \$ par personne par année civile	Une lettre du médecin, du podologue ou du podiatre est exigée.
Services et fournitures d'hôpital pour patients externes	Certains frais sont facturés par l'hôpital pour l'examen ou la salle d'opération; les pansements ou les plâtres; l'anesthésie employée au cours des procédures.	Couverture à 80 %	
Praticiens paramédicaux	Les praticiens doivent être dûment qualifiés et autorisés, et exercer leur profession dans le champ d'application de leur permis. Il est recommandé de communiquer avec Green Shield avant de recourir aux services d'une praticienne ou d'un praticien paramédical pour déterminer si des règles particulières en matière de règlement s'appliquent à ce type de fournisseur de services.	Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne et par année, pour l'ensemble des soins suivants : acuponcture, chiropractie, massage thérapeutique, naturopathie, podologie ou podiatrie, ou ostéopathie Couverture à 80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année pour la physiothérapie Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année pour l'orthophonie 45,50 \$ par handicap pour des examens radiologiques	<i>Lettre du médecin non exigée</i>

*** Une fois que le maximum à vie est atteint, vos dépenses vous seront remboursées jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année civile. Les membres peuvent demander un plein rétablissement du maximum à vie, à condition d'obtenir d'un médecin une attestation de bonne santé. Veuillez communiquer avec le personnel de supervision ou de direction du Centre d'avantages sociaux au 1-855-647-8222 pour avoir d'autres renseignements.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres renseignements
Soutiens-gorge post-mastectomie	3 par personne par année civile.	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Traitement psychologique	Diagnostic, évaluation et traitement par un ou une psychologue, une personne détenant une maîtrise en service social ou une personne offrant des services de thérapie numérique (par Mind Beacon), une conseillère ou un conseiller, une ou un psychothérapeute, une ou un psychanalyste. Ces professionnels doivent être pleinement qualifiés et être agréés, et leur pratique doit être conforme à la loi.	Couverture à 80 % jusqu'à 3 000 \$ par personne par année civile	<i>Lettre du médecin non exigée</i>
Produits de désaccoutumance au tabac		Maximum à vie de 500 \$ par personne	
Soins de la vue		Couverture à 100 %, jusqu'à concurrence de 100 \$ par période 24 mois depuis la précédente réclamation. Comprend les examens oculaires, les fournitures et les services de soins de la vue	La franchise ne s'applique pas.
Perruques et postiches	Rendus nécessaires en raison d'une perte de cheveux causée par un problème de santé ou un traitement médical	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.

Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment) :

- les frais qui n'auraient pas été facturés s'il n'y avait pas eu d'assurance;
- les frais qui sont déjà couverts ou payés par tout régime d'État ou par tout autre régime d'employeur;
- les frais relatifs à des soins qui ne sont ni recommandés ni approuvés par le médecin traitant ou qui sont expérimentaux, ou les frais déraisonnables;
- les frais relatifs à des soins, à des traitements, à des services ou à des fournitures facturés pour tout traitement, toute inoculation ou tout examen financé par un groupe ou un employeur;
- les frais relatifs à des fournitures pour incontinence (les cathéters sont couverts);
- les frais relatifs aux piles ou aux batteries d'équipement médical durable ou d'appareils auditifs;
- les frais relatifs aux analyses de laboratoire et aux analyses de sang;
- la plupart des vaccins, sauf ceux approuvés par les organismes de réglementation; veuillez communiquer avec Green Shield pour avoir des précisions;
- les protections interdites par la loi ne seront pas payées.

Les membres qui vivent temporairement à l'extérieur du pays doivent prendre contact avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie pour avoir tous les détails sur la couverture qui s'applique, compte tenu de leur situation particulière.

Couverture d'assistance voyage en cas d'urgence médicale pour les soins reçus en dehors de la province ou du pays

Disponible au cours des six premières semaines qui suivent le départ de la province de résidence.

Urgence : un événement soudain et imprévu qui nécessite des soins médicaux immédiats et qu'on n'aurait pas pu raisonnablement prévoir compte tenu de l'état de santé antérieur du patient. Ces soins comprennent notamment un traitement (non facultatif) pour le soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou d'une maladie grave, qui doit être administré sans attendre que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement en état de retourner dans votre province de résidence.

Couverture offerte : 100 % des coûts admissibles, jusqu'à concurrence du maximum à vie de 5 000 000 \$*. Le séjour à l'hôpital en salle commune est compris. Vous devez aviser l'assureur dans les 48 heures suivant la situation d'urgence, comme il est indiqué au verso de votre carte Green Shield. Avant votre voyage, consultez le site de Green Shield qui fournit les renseignements essentiels dont vous aurez besoin si une urgence médicale survient au cours de votre voyage. Si une intervention médicalement nécessaire n'est pas accessible au Canada, les membres peuvent demander une recommandation médicale, jusqu'à concurrence de 50 000 \$ par an, avec approbation préalable pour que l'intervention puisse se faire à l'étranger.

Groupe de protection voyage de Green Shield #4806
1-800-936-6226 au Canada/aux États-Unis
0-519-742-3556 à frais virés depuis d'autres pays

*Une fois que le maximum à vie est atteint, vos dépenses cessent de vous être remboursées. Veuillez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie au 1-855-647-8222 pour de plus amples renseignements.

Les frais suivants sont admissibles

- services médicaux;
- transport d'urgence;
- rapatriement de la personne décédée (jusqu'à concurrence de 5 000 \$);
- retour d'enfants à charge;
- voyage de retour retardé;
- retour du véhicule (jusqu'à concurrence de 500 \$);
- visite par un membre de la famille (si la personne membre du régime voyage seule et est confinée à l'hôpital pendant plus de sept jours).

Résumé de l'assurance pour soins dentaires

Il existe trois catégories de frais dentaires : services de prévention, services courants et services majeurs. Les trois catégories sont assujetties à la franchise et à la limite concernant les dépenses *raisonnables et habituelles*.

Le remboursement se base sur le guide des tarifs en vigueur ou sur les frais correspondant aux normes de l'industrie dans les provinces qui n'ont pas de guide des tarifs. Le guide ne fixe pas les tarifs facturés par les spécialistes.

Détermination préalable de la protection offerte : Nous vous recommandons vivement de discuter avec votre praticien des coûts associés à tous les types de traitement ou à l'achat d'équipement. Si vous constatez que les coûts dépasseront ce que vous pouvez vous permettre, communiquez avec Green Shield pour que l'on puisse déterminer ce qui est couvert avant de commencer le traitement ou de commander l'équipement. Green Shield vous indiquera quelle partie de vos dépenses sera couverte par le régime.

Type de protection	Régime pour membres actifs
Catégorie 1 : Services de prévention	Franchise de 75 \$ par cellule familiale par année civile; couverture à 80 % des dépenses admissibles
Catégorie 2 : Services courants	Franchise de 250 \$ (catégories 2 et 3 combinées) par cellule familiale par année civile; couverture à 80 % des dépenses admissibles
Catégorie 3 : Services majeurs	Franchise comme ci-dessus; couverture à 50 % des dépenses admissibles
Orthodontie	Aucune couverture.
Maximums par année civile	Catégories 1, 2 et 3 combinées : 1 500 \$ pour chaque membre admissible de la famille

Remarque : Pour tout travail relatif à une couronne ou à un pont effectué par votre dentiste, Green Shield se réserve le droit d'appliquer une protection de rechange, et pourrait rembourser les dépenses engagées seulement jusqu'à concurrence du coût d'un autre traitement qui aurait été approprié (par exemple, une restauration en surface). C'est là une autre raison pour laquelle une détermination préalable de la protection offerte est recommandée.

Catégorie 1 : Services de prévention

Le régime rembourse un examen dentaire complet pour chaque période de 24 mois. Cet examen est plus détaillé qu'un examen de routine effectué tous les 9 mois. Pour vous assurer de recevoir un remboursement, veuillez confirmer auprès de votre dentiste, avant l'examen, quel service sera effectué.

Type de protection	Détails	Régime pour membres actifs
Examen oral complet	Plus détaillé qu'un examen de rappel : 1 examen dentaire complet par personne au cours d'une période de 24 mois consécutifs	Couverture à 80 %
Examen oral (rappel)	Examen oral et diagnostic : 1 par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs	Couverture à 80 %
Nettoyage dentaire	Une unité de temps* par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs	Couverture à 80 %
Détartrage	Comprend le surfaçage radiculaire et l'équilibrage; limité à 5 unités de temps* par personne par année civile	Couverture à 80 %
Traitement au fluorure	Application topique de fluorure de sodium ou de fluorure d'étain ; personnes de moins de 18 ans seulement, tous les 9 mois	Couverture à 80 %
Radiographies dentaires	Radiographie interproximale : une fois par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs; examen radiographique complet : une fois au cours d'une période de 12 mois consécutifs	Couverture à 80 %
Enseignement de l'hygiène dentaire	Une fois tous les 9 mois	Couverture à 80 %
Résines pour scellement des puits et fissures	Sur les molaires et prémolaires permanentes, personnes de moins de 18 ans seulement; une fois par dent au cours d'une période de 3 ans	Couverture à 80 %

* 1 unité de temps = 15 minutes

Catégorie 2 : Services courants

Type de protection	Détails	Régime de base
Anesthésiques	Administrés dans le cadre d'une chirurgie buccale ou d'autres soins dentaires couverts	Couverture à 80 %
Appareils*	Atelles, plaques d'occlusion, etc. servant à corriger la dimension verticale, ou une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire (ATM) ou le bruxisme (grincement des dents)	Couverture à 80 %
Prothèses dentaires	Réparation, rebasage et regarnissage	Couverture à 80 %
Traitement endodontique	Comprend les traitements de canal	Couverture à 80 %
Extractions et chirurgie buccale	Comprend l'excision des dents incluses	Couverture à 80 %
Obturations	Comprend les obturations blanches sur les dents de devant	Couverture à 80 %
Injections	Médicaments antibiotiques administrés par un dentiste	Couverture à 80 %
Mainteneurs d'espace, couronnes en acier inoxydable	Personnes de moins de 18 ans ; seulement lorsqu'il est impossible de restaurer une dent de lait à l'aide de matériaux de restauration usuels	Couverture à 80 %
Traitement périodontique	Maladies parodontales et autres maladies des gencives et des tissus de la bouche	Couverture à 80 %

*Exclut les appareils servant aux activités sportives (protège-dents) et les appareils orthodontiques (broches).

Catégorie 3 : Services majeurs

Il est recommandé de demander à Green Shield une **détermination préalable de la protection offerte** avant d'engager cette catégorie de dépenses.

Type de protection	Détails	Régime de base	Autres renseignements
Couronnes, incrustations avec recouvrement, obturations en or et installation initiale de ponts fixes	Comprend les couronnes et les incrustations avec recouvrement servant à former des points d'appui; pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles.	Couverture à 50 %	Couvertes uniquement lorsque ces procédures sont employées pour rendre leur fonction normale à des dents naturelles lorsque cela ne peut pas se faire à l'aide d'obturations
Réparation ou recimentation de couronnes, d'incrustations avec recouvrement ou de ponts		Couverture à 50 %	
Remplacement de couronnes existantes, d'incrustations ou d'incrustations avec recouvrement existantes et de ponts existants	Seulement si la restauration actuelle ne peut plus être entretenue	Couverture à 50 %	S'il est possible de restaurer une dent à l'aide d'amalgame d'argent, de silicate ou de matériaux synthétiques, les protections offertes sont basées sur le coût de cette restauration.
Prothèses dentaires : installation initiale de prothèses amovibles, partielles ou complètes	Pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles. Les ajustements pourraient également être couverts.	Couverture à 50 %	Les frais distincts relatifs aux ajustements sont inclus seulement s'ils sont engagés plus de 3 mois après l'installation initiale. La personnalisation ou l'individualisation ne sont pas couvertes.
Prothèses dentaires : remplacement de prothèses amovibles partielles ou complètes existantes ou de ponts fixes existants	Si la prothèse ou le pont existant ont été installés au moins 5 ans auparavant et qu'on ne peut pas les rendre fonctionnels.	Couverture à 50 %	Le remplacement d'un pont ou d'une prothèse temporaires dans un délai de 3 mois après leur installation est également couvert.
Ajout de dents à une prothèse ou un pont existant	Pour remplacer des dents naturelles extraites après l'installation de la prothèse ou du pont existants	Couverture à 50 %	Contactez Green Shield pour connaître les exigences additionnelles en matière d'admissibilité, par ex. le pont ou la prothèse doivent avoir au moins 5 ans.

Implants	Les implants ne sont pas couverts ; toutefois, les procédures liées au remplacement d'une dent peuvent être admissibles en vertu d'une couverture différente.	Aucune couverture	Certaines dépenses liées au remplacement d'une dent pourraient être remboursées selon l'admissibilité à d'autres procédures ; le paiement sera limité à un montant basé sur la procédure la moins coûteuse.
Orthodontie	Broches et dépenses connexes	Aucune couverture	

Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment) :

- les frais qui n'auraient pas été facturés s'il n'y avait pas eu d'assurance;
- les frais qui sont déjà couverts ou payés par tout régime d'État ou par tout autre régime d'employeur;
- les services et les fournitures relatifs à une reconstruction complète de la bouche, à une correction de la dimension verticale, ou au diagnostic ou à la correction d'une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire (sauf les services et fournitures notés précédemment);
- tout frais facturé par un hôpital pour une blessure ou une maladie qui affecte la dentition;
- les prothèses (y compris les ponts et les couronnes) commandées alors que la personne était assurée, mais installées ou livrées plus de 90 jours après la fin de la couverture;
- le remplacement des prothèses perdues ou volées;
- les services et les fournitures qui sont en partie ou entièrement de nature esthétique, sauf les dépenses couvertes nécessaires pour réparer une blessure accidentelle;
- les frais facturés pour remplir des formulaires;
- les frais facturés pour les rendez-vous manqués sans préavis. **Veillez prendre connaissance de la politique en vigueur à ce sujet au cabinet de votre dentiste.**