

Avantages sociaux pour membres actifs

Résumé de la couverture offerte

2022



L'Église Unie du Canada • The United Church of Canada

Table des matières

Introduction	4
Régime de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux	4
Avertissement	4
Admissibilité et inscription	5
Membres admissibles de votre famille	6
Exigence relative à la résidence au Canada	6
Changement de statut	6
Quand la couverture pour membres actifs prend-elle fin?	7
Fin de la participation au régime avant 55 ans	7
Types d'assurances et de prestations	10
Couverture pour membres actifs	10
Couverture supplémentaire	11
Résumé de l'assurance vie	12
Résumé de l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels	13
Tableau des prestations d'assurance DMA	13
Couverture additionnelle d'assurance DMA	15
Résumé de l'assurance pour soins de santé	17
Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment) :	24
Couverture d'assistance voyage en cas d'urgence médicale pour les soins reçus en dehors de la province ou du pays	24
GSC partout	25
Experts médicaux de Teladoc	26
PocketPills	26
Résumé de l'assurance pour soins dentaires	27
Catégorie 1 : Services de prévention	28
Catégorie 2 : Services courants	29
Catégorie 3 : Services majeurs	30
Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment) :	31
Résumé du Programme de soutien au rétablissement	32
Comment fonctionne le Programme de soutien au rétablissement	32
Retour au travail	32
Si vous êtes incapable de retourner au travail	32
Fin de la couverture	33
Invalidité récurrente	33
Restrictions	33

Résumé des prestations d'invalidité de longue durée (ILD).....	35
Restrictions.....	35
Versement des prestations	35
Revenus qui réduiront vos prestations d'invalidité de longue durée.....	36
Exonération de primes	36
Invalidité partielle.....	36
Comment faire appel.....	36
Exigence relative à la résidence au Canada	37
Comment faire une demande	37
Comment présenter une demande de règlement ou réclamation	38
Demande de règlement d'assurance vie.....	38
Demandes de règlement relatives aux médicaments et aux soins dentaires	38
Étape 1 : Carte d'identité Green Shield.....	38
Étape 2 : Formulaire de soumission d'une demande de règlement.....	38
Étape 3 : Coordination des prestations pour soins de santé et soins dentaires.....	39
Décès et mutilation accidentels	39
Indemnité de l'employeur, Programme de soutien au rétablissement (PSR) ou invalidité de longue durée (ILD).....	39
Coordonnées.....	40



Droit d'auteur © 2022
The United Church of Canada
L'Église Unie du Canada



Le contenu du présent document est **sous licence** Creative Commons, **Attribution, Pas d'utilisation commerciale, Pas de modifications (by-nc-nd)**. Pour voir une copie de la licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0>. Toute copie doit comprendre l'avis de droit d'auteur de l'Église Unie et la licence Creative Commons.

The United Church of Canada/L'Église Unie du Canada
3250 Bloor St. West, Suite 200
Toronto, ON Canada M8X 2Y4
1-800-268-3781
united-church.ca

Introduction

Nous espérons tous être en bonne santé et bien portants, mais des problèmes de santé inattendus peuvent survenir. Les régimes d'avantages sociaux pour membres actifs sont conçus pour vous aider, vous et votre famille, à éviter des difficultés financières catastrophiques si vous tombez malade ou si vous décédez. Le présent résumé du régime et les ressources affichées sur <https://uccbenefits.ca/fr/> décrivent vos avantages et les nombreuses ressources qui vous sont offertes en tant qu'employé-e ou membre actif du personnel ministériel de l'Église Unie. Le personnel de Green Shield Canada, qui administre nos régimes de soins de santé et de soins dentaires du Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie, est à votre disposition pour répondre aux questions que vous pourriez avoir sur votre couverture.

Par l'entremise du régime d'avantages sociaux collectifs, l'Église Unie du Canada s'efforce, de façon raisonnable et adéquate, de pourvoir aux besoins de tous les membres du régime, et de leur famille, durant leurs années d'emploi.

La présente brochure décrit les principales caractéristiques du régime d'avantages sociaux collectifs destiné aux membres actifs. La couverture offerte est exposée en détail dans le document de référence qui se trouve au Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie, au Bureau du Conseil général de l'Église Unie du Canada.

Régime de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux

Le régime d'avantages sociaux collectifs de l'Église Unie vise à compléter les assurances et les prestations offertes dans le cadre des régimes provinciaux. Il s'agit de faire en sorte que les membres disposent d'une protection combinée similaire, quel que soit 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 officiels du régime (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, ces derniers 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.

Admissibilité et inscription

La participation au régime d'avantages sociaux collectifs est obligatoire et c'est une condition d'emploi pour toutes les personnes employées par l'Église Unie du Canada* qui travaillent à temps plein ou à temps partiel, 14 heures ou plus par semaine (en moyenne).

Les membres du personnel ministériel deviennent admissibles à la couverture à compter de leur date d'embauche. Pour les autres membres, l'admissibilité commence le premier jour du quatrième mois suivant leur date d'embauche. Toutefois, l'employeur peut supprimer la période d'attente pour autoriser l'admissibilité à compter de la date d'embauche.

Pour vous inscrire à la couverture d'avantages sociaux collectifs et fournir les renseignements requis sur votre bénéficiaire et vos personnes à charge, il vous suffit de remplir le **Formulaire d'inscription et de déclaration d'un événement de la vie ou de personnes à charge** accessible dans le [fonds de documents](#) et de l'envoyer à Benefits@united-church.ca, ou d'appeler le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie au 1-855-647-8222. Assurez-vous d'avoir votre numéro d'employé à portée de la main.

Vous êtes automatiquement inscrit au régime pour membre actif à compter de votre date d'admissibilité. Vous avez ensuite 60 jours à compter de la date à laquelle vous devenez admissible à l'assurance collective pour choisir une assurance vie facultative et/ou une assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) facultative. Toute couverture facultative choisie entrerait en vigueur le premier jour du mois suivant. Si vous ne communiquez pas avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie dans ce délai de 60 jours, vous pourriez tout de même choisir l'assurance vie et/ou l'assurance DMA de manière prospective, sous réserve d'une preuve d'assurabilité satisfaisante et peu importe soit le volume, même si le montant est inférieur au maximum sans preuve.

La couverture facultative dont le montant dépasse le maximum sans preuve (assurance vie membre : 100 000 \$/assurance vie conjointe ou conjoint : 100 000 \$) doit également être approuvée par Canada Vie et entrerait en vigueur à compter de la date d'approbation.

*La participation des employeurs affiliés participants au régime d'avantages sociaux collectifs est facultative. Ces employeurs peuvent couvrir les catégories d'employés de leur choix qui remplissent les conditions d'admissibilité (au moins 14 heures d'heures travaillées par semaine), avec la même période d'attente pour l'admissibilité.

Membres admissibles de votre famille

Les membres de votre famille mentionnés ci-dessous remplissent les conditions requises pour être assurés dans le cadre de ces régimes :

- **Votre conjointe ou votre conjointe selon la loi** en vertu d'un mariage religieux ou civil, ou d'une union de fait. Cette personne cesse d'être un membre admissible de votre famille après un an de séparation, ou plus tôt dans le cas d'un jugement ou d'un divorce.
- **Vos enfants non mariés** de moins de 18 ans, ou de moins de 25 ans s'ils étudient encore à temps plein (26 ans au Québec pour l'assurance médicaments uniquement). Une preuve du statut d'étudiant est exigée et sera demandée chaque année par le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie, trois mois avant l'anniversaire de votre enfant.
- Si vous ne fournissez pas de preuve du statut d'étudiant, *la couverture accordée à votre enfant prendra fin le jour de son anniversaire.*
- Vos enfants non mariés s'ils sont inaptes au travail en raison d'un handicap mental ou physique (qui a commencé alors qu'ils étaient couverts comme enfants admissibles). Une preuve d'incapacité est exigée. Veuillez contacter le Centre d'avantages sociaux pour obtenir un formulaire de demande.

Exigence relative à la résidence au Canada

Pour être admissible aux prestations ou aux avantages sociaux, vous devez être un résident du Canada et être assuré par un régime provincial. Si vous vous trouvez à l'extérieur du Canada plus de 90 jours consécutifs, ou plus de 180 jours durant toute période de 365 jours, vous n'êtes pas couvert-e par le régime.

Si vous demeurez aux Bermudes, veuillez communiquer avec le bureau du Conseil régional 15 pour obtenir des renseignements sur les avantages sociaux qui s'appliquent à vous.

Changement de statut

Une fois que vous êtes inscrit-e au régime, vous ne pouvez pas changer votre couverture (de famille à célibataire ou vice-versa), à moins de vivre un événement marquant. Les événements suivants sont considérés comme des événements marquants :

- nouvelle conjointe ou nouveau conjoint (mariage ou union de fait);
- naissance ou adoption d'un enfant;
- perte du conjoint ou de la conjointe;
- perte d'un enfant, ou fin de l'admissibilité d'un enfant aux avantages sociaux;
- divorce ou séparation d'un an, ou exclusion de la conjointe ou du conjoint de fait qui n'est plus admissible;
- commencement ou perte de la couverture accordée en vertu d'un autre régime d'employeur.

Quand la couverture pour membres actifs prend-elle fin?

Dans tous les cas, le fait de ne pas payer la prime d'assurance ou d'entreprendre un service actif dans les forces armées de toute organisation ou de tout État entraîne la résiliation de votre couverture.

Les membres du personnel ministériel qui cessent de travailler pour une communauté de foi ou un autre employeur participant sont présumés être « à la recherche d'un appel » et peuvent continuer à bénéficier de la couverture d'avantages sociaux à leurs frais (charges de l'employeur comprises) pendant ce temps, sauf pour ce qui est du Programme de soutien au rétablissement et de l'indemnité de l'employeur. Une fois qu'il sera informé que vous êtes à la recherche d'un appel, le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie mettra fin à votre couverture et vous enverra par la poste un dossier décrivant en détail les choix qui s'offrent à vous. Si vous désirez continuer à bénéficier de la couverture, vous devrez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux dans un délai de 60 jours après avoir reçu l'avis indiquant que vous remplissez les conditions pour que votre couverture soit réactivée.

La couverture offerte dans le cadre du régime d'avantages sociaux collectifs prend fin à la date à laquelle vous cessez de participer au régime, comme suit :

Fin de la participation au régime avant 55 ans

- Toute couverture se termine à la fin du mois où a lieu la cessation d'emploi, sauf la couverture pour invalidité de longue durée, qui prend fin à votre dernier jour complet de travail actif. (Votre assurance vie pourrait être transformée.*)

Fin de la participation au régime après 55 ans et choix d'une pension immédiate ou différée du régime de retraite de l'Église Unie

Les couvertures suivantes continuent :

- L'assurance vie de base est réduite à 3 000 \$ (à la cessation d'emploi ou le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire). (La différence pourrait être transformée.*)
- Vous pouvez être admissible au régime d'avantages sociaux collectifs pour retraités lorsque vous commencerez à toucher votre pension et si votre pension annuelle de l'Église Unie est supérieure à 5 % du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP) établi par le gouvernement du Canada.

Les couvertures suivantes prennent fin :

- L'assurance vie facultative, toute assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels ainsi que l'assurance vie pour les membres admissibles de votre famille se terminent (à la cessation d'emploi ou le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire). L'assurance vie facultative pourrait être transformée.*

L'assurance vie de votre conjointe ou de votre conjoint prend fin le premier du mois suivant votre 65e anniversaire ou celui de votre conjointe ou de votre conjoint, selon la première de ces deux éventualités.

- La couverture et les primes pour l'invalidité de longue durée prennent fin lorsque vous atteignez l'âge de 64 ans et six mois ou à votre dernier jour complet de travail actif, selon la première de ces deux éventualités.
- La couverture pour soins de santé et soins dentaires destinée aux membres actifs prend fin.
- Toutes les autres couvertures prennent fin à la cessation d'emploi ou le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire.

*Voir à la page 12 l'information sur le droit de transformation.

Pour les membres âgés de plus de 64,5 ans qui sont en activité et ne touchent pas de pension de retraite :

Les couvertures suivantes prennent fin :

- La couverture et les primes pour invalidité de longue durée prennent fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 64 ans et six mois.
- L'assurance vie facultative prend fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.
- La couverture de base et l'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels prennent fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.
- L'assurance vie pour un enfant cesse le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans ou qui suit la date à laquelle l'enfant cesse d'être un membre admissible de la famille.
- L'assurance vie de votre conjointe ou de votre conjoint prend fin le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire ou celui de votre conjointe ou de votre conjoint.

Les couvertures suivantes continuent :

- L'assurance vie de base, réduite à 3 000 \$ le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez 65 ans.
- Le Programme de soutien au rétablissement; la couverture prend fin à la date à laquelle vous commencez à toucher votre pension.
- La couverture pour soins de santé et soins dentaires (assurance de base et facultative) continue jusqu'au moment où vous commencez à toucher votre pension, moment où vous pouvez choisir de participer au régime d'avantages sociaux collectifs pour retraités si vous êtes admissible.

Pour les membres qui travaillent au-delà du 1er décembre de l'année où ils atteignent l'âge de 71 ans :

- L'assurance vie de base continue à 3 000 \$.
- Tous les autres avantages sociaux pour membres actifs prennent fin.
- Vous devez commencer à toucher votre pension et vous pouvez choisir de participer au régime d'avantages sociaux collectifs pour retraités si vous êtes admissible.

Remarque : Si vous ne payez pas les primes de votre régime d'avantages sociaux collectifs, votre couverture cessera à la fin de la période pour laquelle les primes ont été versées.

Types d'assurances et de prestations

Couverture pour membres actifs

Ces avantages sociaux sont obligatoires si vous travaillez 14 heures ou plus par semaine (en moyenne) pour l'Église Unie. C'est la communauté de foi ou un autre employeur participant qui paye les primes du régime d'avantages sociaux pour membres actifs, le Programme de soutien au rétablissement et l'indemnité de l'employeur. C'est vous qui payez les primes pour l'assurance invalidité de longue durée afin que ces prestations demeurent non imposables. La couverture d'avantages sociaux pour membres actifs comprend ce qui suit :

1. Prestations

- Assurance vie du membre : prestation versée à votre bénéficiaire dans l'éventualité de votre décès
- Assurance vie des personnes à charge : prestation qui vous est versée dans l'éventualité du décès d'une personne qui est à votre charge
- Assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) : prestation qui vous est versée ou est versée à votre bénéficiaire au cas où un accident causerait votre mutilation ou votre décès
- Assurance pour soins de santé et soins dentaires : couverture de base
- Experts médicaux de Teladoc : Services médicaux spécialisés pour les membres et leurs personnes à charge admissibles. Comprend un service de second avis médical et d'autres ressources.
- Couverture d'assistance voyage en cas d'urgence médicale : couverture offerte au membre et à ses personnes à charge admissibles pour des soins médicaux d'urgence fournis au cours des six premières semaines qui suivent le départ du Canada.
- Programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF) : programme dispensé par Solutions Mieux-être LifeWorks qui offre une relation thérapeutique immédiate, confidentielle et à court terme disponible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

2. Programme de soutien au rétablissement (PSR) : prestation versée à la communauté de foi et au Bureau du Conseil général pour qu'ils puissent continuer à vous verser un salaire pour une période allant jusqu'à six mois si vous tombez malade. (Une attestation et une approbation de la décision sont exigées.)

3. Indemnité de l'employeur : prestation versée aux communautés de foi pour qu'elles puissent subvenir aux besoins de la famille d'un membre du personnel ministériel qui décède alors qu'il travaille activement pour l'Église Unie (et participe au régime pour membres actifs). Il y a une coordination avec le PSR qui fait en sorte que le paiement total des deux couvertures ne peut dépasser la valeur de six mois de gains ouvrant droit à pension.

4. Assurance invalidité de longue durée (ILD) : prestation qui vous est versée en cas de maladie prolongée. (Une attestation est exigée ainsi qu'une approbation de l'assureur.)

Couverture supplémentaire

Si vous désirez améliorer votre régime d'avantages sociaux, vous pouvez choisir des assurances complémentaires et payer les primes correspondantes. La couverture facultative comprend les assurances suivantes :

- Assurance vie facultative : les primes dépendent du niveau de l'assurance - vie supplémentaire choisie et de votre âge, et varient selon que vous fumez ou non.
- Assurance vie facultative pour la conjointe ou le conjoint.
- Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA), célibataire ou famille.

Les primes faisant l'objet d'une révision annuelle, ils sont susceptibles de changer. Il est possible de les consulter sur le site Web du Centre d'avantages sociaux, sur la page [Déductions au titre des régimes de retraite et d'assurance collective](#).

Résumé de l'assurance vie

Type de protection	De base	Facultative
Assurance vie pour membre actif jusqu'à 65 ans*	100 % des gains admissibles annuels	Unités de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 500 000 \$); maximum sans preuve de 100 000 \$
Assurance vie pour membre actif de plus de 65 ans, ou pour membre qui prend sa retraite après 55 ans avec une pension immédiate ou différée	3 000 \$	Aucune couverture facultative n'est disponible.
Assurance vie pour votre conjointe ou votre conjoint avant que vous ne preniez votre retraite ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans (selon la première de ces deux éventualités)*	5 000 \$	Unités de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 150 000 \$); maximum sans preuve de 100 000 \$
Assurance vie pour chaque enfant admissible	5 000 \$	Aucune couverture facultative n'est disponible.

Remarque : Pour désigner votre bénéficiaire ou changer de bénéficiaire, veuillez remplir le **Formulaire de désignation de bénéficiaire d'assurance collective** accessible dans le [fonds de documents](#).

* Assurance vie — droit de transformation

Si votre couverture d'assurance vie diminue ou prend fin, il sera peut-être possible de transformer intégralement ou en partie la couverture dont vous et votre conjoint-e assuré-e bénéficiez en une police individuelle de Canada Vie.

Pour demander cette transformation, vous devez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie et soumettre à un représentant de Canada Vie un formulaire de demande rempli, dans un délai de 31 jours suivant la fin ou la réduction de votre couverture d'assurance vie. Si vous le faites, aucun examen médical ni questionnaire de santé ne sera exigé, mais vos primes changeront selon les taux de l'assureur; pour avoir des précisions supplémentaires, renseignez-vous auprès de Canada Vie.

Résumé de l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels

La couverture — de base et facultative — en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

Type de protection	De base	Facultative	Autres détails
Assurance DMA pour membre	100 % des gains admissibles annuels	Unités de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)	Limite totale de 10 000 000 \$ par accident pour toutes les personnes assurées
Assurance DMA facultative pour conjoint-e (sans enfants)	Aucune	60 % de la couverture DMA du membre payable au conjoint ou à la conjointe	
Assurance DMA facultative (famille) pour conjoint-e et enfant(s) admissibles	Aucune	<i>Conjoint-e</i> : 50 % de la couverture pour assurance DMA du membre <i>Chaque enfant</i> : 15 % de la couverture pour assurance DMA du membre	
Assurance DMA facultative pour chaque enfant (pas de conjoint-e admissible)	Aucune	20 % de la couverture pour assurance DMA du membre	

Tableau des prestations d'assurance DMA

Perte	Pourcentage du capital assuré
Perte de la vie	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte de la vue totale des deux yeux	100 %
Perte d'une main ou d'un pied et perte de la vue totale d'un œil	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75 %

Perte d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de la vue totale d'un œil	75 %
Perte du pouce et de l'index d'une même main	33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Perte de quatre orteils d'un même pied	25 %
Perte de l'ouïe des deux oreilles et perte de la parole	100 %
Perte de la parole	75 %
Perte de l'ouïe des deux oreilles	75 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	33 1/3 %
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75 %
Hémiplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %

Pour en savoir plus sur ce type de prestations, veuillez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie.

Aucune prestation ne sera versée à la suite d'une perte attribuable ou liée à un suicide ou à des blessures que la personne s'est délibérément infligées. La liste des exclusions est disponible sur demande auprès du Centre d'avantages sociaux à <https://uccbenefits.ca/fr/>.

Couverture additionnelle d'assurance DMA

Couverture	Détails	Autres renseignements
Exposition et disparition	Le régime couvre les pertes dues à une exposition inévitable aux éléments, y compris en cas de disparition, de naufrage ou d'accident.	Prestations versées pour les pertes couvertes
Prestation pour formation professionnelle (lors du décès accidentel du membre)	Dépenses raisonnables et habituelles relatives à une formation professionnelle spéciale suivie par votre conjoint-e dans un délai de 3 ans après votre accident	Maximum de 10 000 \$
Prestation pour réadaptation (dans le cas d'une blessure subie par le membre ou par un membre admissible de sa famille)	Dépenses raisonnables et habituelles relatives à une formation spéciale que vous ou le membre de votre famille suivez afin de devenir apte à exercer un métier particulier que vous ou le membre de votre famille n'occuperiez pas si cette blessure n'était pas survenue	Maximum de 10 000 \$ pour un même accident
Prestation pour le transport des membres de votre famille	Si la blessure est subie à plus de 150 km du lieu de résidence habituel, dépenses liées au transport des membres de votre famille immédiate jusqu'à cet endroit et au séjour à l'hôtel	Maximum de 1 000 \$
Prestation pour rapatriement	Dépenses raisonnables et habituelles liées au rapatriement du corps de la personne assurée jusqu'à un endroit situé à proximité du lieu de résidence habituel (par ex. salon funéraire, cimetière)	Maximum de 10 000 \$
Prestation pour études (lors du décès accidentel du membre)	Pour chaque enfant inscrit à un programme d'études postsecondaires dans un délai de 365 jours suivant la date du décès; on verse une prestation pour chaque année où l'enfant demeure aux études à temps plein, jusqu'à	Dépenses raisonnables et habituelles effectivement engagées, ou le moindre de 5 % du capital assuré ou de 5 000 \$ par an. Il doit s'agir d'un programme d'études postsecondaires reconnu :

	concurrence de 4 années consécutives.	université, collège, école de métiers, etc.
--	---------------------------------------	---

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 elle 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 prestations pour soins de santé. Les montants réclamés 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
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	Couverture à 80 %	

	de 6 mois après la date de l'accident.		
Fournitures pour diabétiques	Par exemple : glycomètre et lancettes	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin peut être exigée.
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 selon la liste ou le formulaire géré*.	Limite : provision de 100 jours par ordonnance. Certains médicaments peuvent exiger une autorisation spéciale; certains médicaments préparés en pharmacie pourraient ne pas être couverts : pour en savoir plus, veuillez communiquer avec Green Shield Canada.	Couverture à 80 %	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. Le médicament de marque ne sera couvert que si un formulaire d'autorisation préalable du médicament est rempli et approuvé. Maximum à déboursé : Une fois qu'un membre a payé la franchise et la coassurance, soit 1000 \$ pour les médicaments au cours d'une année civile, les dépenses admissibles de médicament seront remboursées à 100 %.

*Tous les médicaments nouvellement approuvés et commercialisés au Canada sont évalués par un comité de spécialistes en pharmacie de GSC avant d'être ajoutés à la liste ou au formulaire aux fins du remboursement. Les médicaments sont classés dans l'une des trois catégories suivantes : « couvert », « non couvert » ou « autorisation préalable requise ».

- **Les médicaments couverts** sont entièrement couverts par le régime.
- **Les médicaments non couverts** sont les médicaments qui ne présentent pas d'avantage supplémentaire sur le plan thérapeutique comparativement à ceux qui figurent déjà sur la liste gérée, ou les médicaments qui ne présentent pas d'avantage sur le plan des coûts comparativement aux médicaments de substitution actuels.
 - Le membre du régime peut payer entièrement le coût des médicaments non couverts ou consulter son médecin prescripteur au sujet des médicaments de substitution.

- **Une autorisation préalable** requise est assignée aux médicaments qui sont considérés comme des thérapies de deuxième intention ou sont des médicaments très coûteux ou spéciaux susceptibles d’être prescrits et utilisés de manière inappropriée.
 - Le membre du régime doit satisfaire à des critères précis pour avoir accès aux prestations; le traitement de première intention doit apparaître dans l’historique des demandes de règlement ou réclamations pour une approbation automatique et/ou le médecin prescripteur doit remplir un formulaire d’autorisation spéciale indiquant le besoin thérapeutique.

Ce type de « gestion » par formulaire ou par liste permet de trouver un équilibre entre le besoin des membres du régime d’avoir accès aux pharmacothérapies médicalement nécessaires et la viabilité du régime. Pour avoir des renseignements plus précis ou spécifiques, veuillez consulter GSC.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres renseignements
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. Maximum à déboursier : Une fois qu’un membre a payé la franchise et la coassurance soit 1000 \$ pour les médicaments au cours d’une année civile, les dépenses admissibles de médicament seront remboursées à 100 %.
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 (MD) 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.
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	Une lettre du médecin est exigée. Les services ménagers ne

		25 000 \$ par personne**	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 d'évaluation 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,	<i>Lettre du médecin non exigée</i>

		<p>podologie ou podiatrie, ou ostéopathie</p> <p>Couverture à 80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année pour la physiothérapie</p> <p>Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année pour l'orthophonie</p> <p>45,50 \$ par handicap pour des examens radiologiques</p>	
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 de 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.

**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.

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 qui est 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).

GSC partout

En plus du centre de service à la clientèle de Green Shield Canada, un accès libre-service par le [site Web de GSC](#) rend tout plus rapide, plus commode et plus simple. Inscrivez-vous auprès de GSC pour :

- consulter votre brochure du régime d'avantages sociaux;
- accéder à l'historique de vos demandes de règlement, y compris à une ventilation du traitement de vos demandes;
- vérifier votre admissibilité et votre couverture en ce qui concerne des services ou articles de santé pour savoir immédiatement quelle portion d'une demande sera couverte;
- soumettre des demandes de règlement en ligne (certaines peuvent être traitées instantanément si vous êtes inscrit-e au dépôt direct);
- chercher un médicament pour avoir les renseignements précis sur votre couverture (ou sur la couverture des membres de votre famille);
- chercher des fournisseurs de services de santé approuvés par GSC à un emplacement donné (au Canada) qui soumettront vos demandes de règlement en votre nom;
- accomplir les formalités nécessaires pour que les paiements liés à vos demandes de règlement soient déposés directement sur votre compte bancaire;
- imprimer des formulaires de demande de règlement personnalisés et accéder à votre carte d'identité numérique;
- imprimer les relevés personnels intitulés Explication des prestations lorsque vous avez besoin de coordonner les prestations.

Experts médicaux de Teladoc

Experts médicaux de Teladoc vous offre des services médicaux uniques.

- **Avis médicaux d'experts** : Vous permet de recevoir une évaluation du diagnostic et du plan de traitement, revu par un expert soigneusement sélectionné.
- **Navigateur personnel de santé** : Vous permet de prendre des décisions éclairées sur vos soins en vous aidant à vous orienter dans le système de soins de santé ou en vous reliant à de l'information et à des ressources.
- **Trouver un médecin** : Pour accéder au réseau d'experts de Teladoc lorsque vous avez besoin d'un spécialiste dans votre localité.
- **RépertoireSanté** : Vous aide à trouver un spécialiste hors du Canada en faisant une recherche dans la base de données mondiales de Teladoc, qui contient les coordonnées de plus de 50 000 spécialistes exerçant dans plus de 450 spécialités et sous-spécialités.

Vous pouvez accéder à Experts médicaux de Teladoc en composant le 1-877-419-2378 ou visitant [le site Experts médicaux de Teladoc](#). Vous serez mis en relation avec une infirmière ou un infirmier autorisé, qui deviendra votre conseiller personnel, évaluera vos besoins et vous fournira des services conçus pour vous aider à aller de l'avant en toute confiance dans votre traitement.

PocketPills

Vous et les membres de votre famille (personnes à charge) avez accès à [PocketPills](#), principale pharmacie numérique du Canada. PocketPills peut vous aider à vous procurer les soins dont vous avez besoin dans le confort de votre foyer et en toute sécurité en vous permettant de faire préparer facilement vos médicaments d'ordonnance en ligne et en vous offrant un service de livraison rapide et gratuit. **Comme c'est un programme facultatif, vous avez le choix de l'utiliser ou non.** Grâce à PocketPills, les employeurs et les employé-es membres de notre régime feront des économies importantes. Des coûts plus faibles par ordonnance et des montants de demandes de règlement moins élevés permettront d'améliorer l'expérience utilisateur et peut-être d'économiser sur les primes à plus long terme.

Inscrivez-vous à app.pocketpills.com/UCC.

Utiliser le code coupon : UCCVIP pour commander jusqu'à 25 dollars de vitamines gratuitement.

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 n'établit 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 afin que l'entreprise 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 disposition de rechange en matière de prestation, 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 diagnostique : 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	Si la prothèse ou le pont existant ont été installés au moins 5 ans auparavant et qu'on ne peut pas les	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.

partielles ou complètes existantes ou de ponts fixes existants	rendre fonctionnels.		
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 temporo-mandibulaire (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.**

Résumé du Programme de soutien au rétablissement

Admissibilité	Le personnel ministériel des communautés de foi, les employés-es laïques des communautés de foi ainsi que les membres du personnel des bureaux du Conseil général et des conseils régionaux sont couverts par le Programme de soutien au rétablissement (RCP), s'ils sont en activité et sont membres du régime d'avantages sociaux collectifs de l'Église Unie.
Période d'attente (la période qui précède l'entrée en vigueur des prestations d'invalidité)	Deux semaines (pendant lesquelles le maintien du salaire est en vigueur)
Prestations d'invalidité payables	100 % du salaire (plus l'allocation de logement ou le presbytère, s'il y a lieu) pour une période maximale de six mois. Ces prestations sont considérées comme un revenu imposable.

Comment fonctionne le Programme de soutien au rétablissement

Si votre absence du travail causée par une maladie ou une blessure est attestée par dossier médical et approuvée par l'arbitre (initialement et de manière continue), vous avez droit d'être payé votre plein salaire par votre communauté de foi ou par un autre employeur (ainsi qu'à l'allocation de logement s'il y a lieu ou à l'usage du presbytère s'il y a lieu) durant une période de six mois. On rembourse à votre communauté de foi ou à votre employeur 85 % de votre salaire (ainsi que l'allocation de logement s'il y a lieu) dans le cadre du programme.

Retour au travail

Vous pouvez retourner au travail après une période d'invalidité :

- en fournissant une attestation médicale indiquant que vous êtes prêt-e à retourner au travail et/ou en collaborant avec l'arbitre chargé de votre demande de règlement afin de déterminer si vous êtes prêt-e à retourner au travail (ou les deux),
- en rencontrant le comité concerné du conseil régional pour obtenir son autorisation visant le retour au travail (s'il y a lieu) et
- en consultant le gestionnaire de cas et l'analyste en invalidité du Bureau du Conseil général au sujet de vos options en matière de programmes de réadaptation.

Si vous êtes incapable de retourner au travail

Si votre absence se prolonge au-delà des six mois couverts par le Programme de soutien au rétablissement, l'arbitre chargé de votre demande de règlement et l'analyste en invalidité du Centre d'avantages sociaux vous aideront à présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée. Remarque : Si vous êtes membre du personnel ministériel, vous devrez discuter avec la communauté de foi, le conseil régional et/ou le personnel du conseil régional

en vue d'évaluer vos besoins en matière de logement de substitution si vous demeurez dans un presbytère.

Fin de la couverture

La couverture accordée se termine, selon la première de ces éventualités :

- lorsque votre emploi prend fin,
- lorsque vous prenez votre retraite ou
- en décembre de l'année où vous atteignez l'âge de 71 ans, puisque vous devez alors commencer à toucher votre pension.

Invalidité récurrente

Si vous retournez au travail dans votre communauté de foi ou chez votre employeur participant après une période approuvée pendant laquelle vous avez bénéficié du Programme de soutien au rétablissement (PSR), et que dans un délai de trois mois par la suite, l'arbitre atteste que vous êtes de nouveau incapable de travailler pour la même raison, vous avez droit au maintien du salaire dans le cadre du Programme, selon la plus courte des deux éventualités suivantes :

- le temps qu'il vous faut pour retourner au travail ou
- durant six mois couverts par le Programme moins la durée des prestations qui vous ont été versées pendant la période d'absence initiale.

Une absence subséquente pour cause d'invalidité, due à des raisons entièrement différentes et sans rapport avec les raisons initiales, et séparée de l'absence précédente par au moins une journée de travail actif, sera considérée comme un nouveau cas. Vous auriez donc droit à six mois de maintien du salaire dans le cadre du PSR.

Restrictions

Aucune prestation ne sera versée pour une période d'invalidité :

- durant un congé (y compris un congé de maternité ou un congé parental);
- durant laquelle vous ne collaborez pas avec l'arbitre chargé de votre demande de règlement ou refusez de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par l'arbitre chargé de votre demande de règlement ou par le médecin traitant;
- durant laquelle vous travaillez contre rémunération autrement que dans le cadre d'un programme approuvé d'invalidité partielle de l'Église Unie;
- résultant de blessures que vous vous êtes infligées délibérément;
- résultant d'une dépendance à une drogue réglementée, sauf si vous recevez un traitement actif conforme à des normes professionnelles;
- découlant de la participation volontaire à une guerre (déclarée ou non), une émeute ou une insurrection;
- durant toute période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement imposée par un tribunal;
- qui commence à la date ou après la date du début d'une grève ou d'une mise à pied (sauf dans les cas prévus par la loi).

Remarque : Si vous touchez des prestations d'autres sources (par exemple, indemnisation des accidents du travail ou assurance automobile provinciale) ne tenant pas compte du revenu de l'assurance-emploi pour le paiement des prestations, les sommes accordées dans le cadre du PSR seront réduites des montants qui correspondent aux prestations provenant de ces autres sources.

Résumé des prestations d'invalidité de longue durée (ILD)

Pendant les 24 premiers mois de prestations d'invalidité (après que la période d'attente de six mois s'est écoulée), l'arbitre doit vous juger incapable d'exercer **vos** profession pour cause de maladie ou de blessure accidentelle. Les prestations d'ILD continueront d'être versées après cette période de 24 mois uniquement si l'arbitre juge que vous êtes incapable d'exercer toute profession pour laquelle vous pourriez avoir la formation ou les compétences nécessaires.

Restrictions

Vous n'êtes pas assuré-e contre la perte de revenu si l'invalidité est le résultat :

- de la participation volontaire à une guerre (déclarée ou non), à une insurrection, à une rébellion ou à des troubles civils. Si votre travail pour l'Église vous amène à vous rendre dans une région où ce genre de situation est probable, vous devez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie avant votre départ;
- d'une dépendance à une réglementation (drogue ou alcool), sauf si vous recevez un traitement actif conforme à des normes professionnelles. Si vous refusez de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par la compagnie d'assurance ou par le médecin traitant, aucune prestation ne sera versée.

En outre, aucune prestation ne sera versée pour une période d'invalidité :

- durant toute période où vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux 30 premiers jours d'absence ou au cas où Canada Life a autorisé préalablement l'absence avant le départ;
- durant toute période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement imposée par un tribunal.

Versement des prestations

La période d'invalidité commence le jour où votre médecin et votre assureur attestent que vous êtes invalide. Si votre demande est approuvée, vous remplissez les conditions pour recevoir le premier versement de votre prestation d'invalidité de longue durée (ILD) à la fin de la période d'attente de six mois.

La prestation d'ILD représente 60 % de vos gains admissibles mensuels d'avant l'invalidité, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par mois. C'est l'arbitre qui effectue les versements. Ces versements sont exonérés d'impôt, parce que vous payez la prime entière pour ce type de couverture; vous n'incluez donc pas les montants que vous recevez dans votre déclaration d'impôt.

Le versement des prestations se poursuit jusqu'au moment où :

- vous vous rétablissez;
- vous commencez à travailler (autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé);

- vous cessez d'être suivi-e par un médecin, votre état ne répond pas à la définition d'une invalidité telle que le détermine l'arbitre, ou vous refusez d'être examiné-e par un médecin;
- le mois où vous atteignez l'âge de 65 ans prend fin;
- vous décédez.

Revenus qui réduiront vos prestations d'invalidité de longue durée

Votre prestation d'ILD peut être rajustée ou annulée si les « autres revenus » que vous touchez représentent au total 85 % de vos gains admissibles d'avant l'invalidité.

Lorsque vous présentez une demande de prestation d'ILD, vous devez fournir des renseignements sur tous vos « autres revenus ». Vous devez également soumettre la preuve que vous avez présenté une demande d'« autres revenus » aux organismes compétents, le cas échéant. Nous vous encourageons à présenter une demande de prestation d'invalidité à la Régie des rentes du Québec ou au Régime de pensions du Canada dès que vous remplissez les conditions. Ces prestations sont également considérées comme « autres revenus » et sont rajustées à 70 % du montant de la RRQ ou du RPC.

Exonération de primes

Si vous répondez aux conditions requises et touchez des prestations d'invalidité de longue durée versées par le régime, la couverture dont vous disposez en vertu du régime d'avantages sociaux collectifs et du régime de retraite au dernier jour travaillé se poursuit jusqu'à ce que vous ne soyez plus invalide ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans, sans que vous ayez à déboursier quoi que ce soit. Après 65 ans, la couverture accordée est réduite comme elle le serait si vous n'étiez pas invalide. Cette exonération ne s'applique qu'aux personnes qui touchent des prestations mensuelles d'ILD. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes qui reçoivent un paiement forfaitaire à la suite du règlement d'un différend.

Invalidité partielle

Si votre invalidité n'est que partielle, vous pourriez quand même avoir droit à des prestations d'invalidité en vertu des dispositions relatives au soutien à la réadaptation.

Si votre demande est approuvée, vos prestations d'ILD seront réduites d'un montant correspondant à 50 % du revenu provenant de votre travail de réadaptation. Les prestations continueront d'être versées, et d'être ajustées si votre niveau de revenu augmente, jusqu'à ce que votre revenu atteigne 80 % de vos gains admissibles d'avant l'invalidité et que les prestations d'ILD soient entièrement annulées.

Comment faire appel

Si votre demande de prestations d'ILD est refusée ou que ces prestations cessent de vous être versées, et que vous voulez faire appel de cette décision, vous devez soumettre à votre assureur un avis d'appel par écrit dans un délai de 60 jours, accompagné d'une documentation à l'appui, de nature médicale ou autre. (Vous pouvez soumettre ces documents d'appui jusqu'à

six mois après l’avis d’appel, s’ils ne sont pas immédiatement disponibles.) Les dépenses engagées par le membre pour une procédure d’appel sont à sa charge.

Exigence relative à la résidence au Canada

Aucune prestation ne sera versée si vous résidez à l’extérieur du Canada alors que vous êtes invalide durant toute période de plus de 90 jours consécutifs, ou durant 180 jours au total au cours de toute période de 365 jours, sauf si :

- vous avez avisé votre assureur au préalable et reçu une approbation écrite de sa part,
- vous continuez d’être suivi-e régulièrement par un médecin autorisé d’une manière jugée appropriée par votre assureur et
- vous êtes en mesure de prouver que votre invalidité persiste en fournissant des preuves que votre assureur juge satisfaisantes, dans un délai de 30 jours suivant une demande à cet effet.

Comment faire une demande

Pour obtenir les formulaires nécessaires pour présenter une demande de prestations d’invalidité de longue durée, ou si vous avez des questions, veuillez contacter l’analyse en invalidité à Disability@united-church.ca.

Comment présenter une demande de règlement ou réclamation

Demande de règlement d'assurance vie

Il est possible de se procurer des formulaires de demande de règlement d'assurance vie auprès du Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie. Les chèques seront envoyés directement au bénéficiaire ou à sa succession. Toute demande de règlement doit être soumise dans un délai de six mois suivant la date du décès.

Demandes de règlement relatives aux médicaments et aux soins dentaires

Étape 1 : Carte d'identité Green Shield

Vous pouvez utiliser votre carte d'identité pour payer vos médicaments à la pharmacie et les visites chez le dentiste ou chez d'autres praticiens paramédicaux (s'ils sont inscrits auprès de Green Shield), parce que cela simplifie le paiement.

Si vous ne pouvez pas utiliser votre carte d'identité à votre pharmacie ou chez votre dentiste, vous devrez soumettre un formulaire de demande de règlement à Green Shield, à l'adresse [gscpartout](#). Connectez-vous à votre compte, allez à « Vos demandes de règlement » et soumettez votre demande.

Étape 2 : Formulaire de soumission d'une demande de règlement

Vous trouverez le formulaire de demande de règlement, y compris le formulaire de débit préautorisé, sur le [site Web de Green Shield](#). Si vous choisissez de soumettre votre demande par courriel, **il est toujours prudent de faire des copies de tous les reçus envoyés à Green Shield Canada.**

- **Faites des photocopies de tous les reçus et joignez les originaux au formulaire.** Dans les provinces qui exigent que les originaux soient soumis au régime provincial d'assurance médicaments, les copies sont acceptables.
- Joignez une lettre du médecin si c'est exigé.
- **Signez le formulaire.**

Une demande de règlement doit être soumise dans un délai de 12 mois après la date à laquelle le service a été reçu.

Pour toute question portant sur ce qui est couvert par votre assurance, pour vous informer sur l'état d'une demande de règlement pour soins de santé ou soins dentaires, ou pour obtenir une détermination préalable de la protection offerte, communiquez directement avec **Green Shield** par téléphone ou par courriel :

Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119

Site Web : greenshield.ca/fr-ca

Étape 3 : Coordination des prestations pour soins de santé et soins dentaires

Si vous disposez d'une couverture supplémentaire parce que votre conjoint-e est membre d'un régime pour soins de santé et soins dentaires, il est possible de coordonner les prestations. Cela signifie que le régime de l'Église Unie sera votre premier payeur pour une prestation, et que tout montant admissible restant peut faire l'objet d'une demande de règlement auprès de l'autre régime en vertu duquel vous êtes couvert-e. Le remboursement découlant de la coordination des régimes ne pourra jamais dépasser 100 % des dépenses permises.

Pour coordonner vos demandes de règlement, vous devez soumettre le relevé « Explication des prestations » que vous recevez du premier payeur (dans votre cas, il s'agit de Green Shield), un formulaire de demande de règlement et les reçus correspondant à vos dépenses. Votre conjoint-e peut en faire autant, en soumettant à Green Shield un relevé « Explication des prestations » accompagné des reçus.

Les dépenses concernant des enfants admissibles doivent être soumises en premier au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) arrive le plus tôt dans l'année.

Nous vous recommandons de toujours faire des copies de vos reçus avant de les envoyer à l'assureur.

Décès et mutilation accidentels

Pour les demandes de règlement visant l'assurance DMA, veuillez écrire au Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie à Benefits@united-church.ca.

Indemnité de l'employeur, Programme de soutien au rétablissement (PSR) ou invalidité de longue durée (ILD)

Pour les demandes de règlement relatives à l'indemnité de l'employeur, au Programme de soutien au rétablissement ou à l'invalidité de longue durée, veuillez communiquer avec l'analyse en invalidité au Centre d'avantages sociaux à Disability@united-church.ca ou composer le 1-855-647-8222.

Coordonnées

Pour les demandes de renseignements portant sur l'état d'une demande de règlement ne concernant pas des soins de santé ou des soins dentaires, veuillez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie. Assurez-vous d'avoir votre NIP à portée de la main lorsque vous appelez le Centre.

Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie

Téléphone (sans frais) : 1-855-647-8222

Courriel : benefits@united-church.ca

Site Web : <https://uccbenefits.ca/fr/page-daccueil/>

Veuillez transmettre les demandes écrites de renseignements et les formulaires remplis à l'adresse suivante :

L'Église Unie du Canada

Centre d'avantages sociaux

3250 Bloor St. West, Suite 200

Toronto, ON M8X 2Y4

Pour les demandes de règlement ou les demandes de renseignements relatives à la couverture pour soins de santé et soins dentaires, veuillez communiquer avec le Centre du service à la clientèle de Green Shield :

Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119

Site Web : greenshield.ca/fr-ca

Pour avoir des renseignements sur les Experts médicaux de Teladoc, veuillez-vous adresser directement à :

Experts médicaux de Teladoc

Téléphone : 1-877-419-2378

Site Web : teladoc.ca/expertsmédicaux/

Les membres qui veulent obtenir un suivi thérapeutique confidentiel pour eux-mêmes ou pour les membres admissibles de leur famille peuvent composer le numéro suivant sans frais 24 heures par jour et 7 jours sur 7 :

Programme d'assistance aux employés et à leur famille

Pour les premiers rendez-vous et un suivi thérapeutique

1-800-387-4765 (anglais)

1-800-361-5676 (français)

Pour les questions administratives, les changements de rendez-vous, les adresses de bureau, les directions et les renseignements généraux, veuillez composer le 1-888-814-1328.

Pour obtenir de l'aide en ligne et de l'information sur le mieux-être, veuillez aller aux pages Web suivantes :

Anglais : workhealthlife.com/?lang=en

français : workhealthlife.com/?explicitSoftLogin=true