

Avantages sociaux pour membres actifs

Résumé de la couverture offerte

2025



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	5
Exigence relative à la résidence au Canada	6
Changement de statut.....	6
Quand la couverture pour membres actifs prend-elle fin?	7
Types de protections et de prestations	9
Couverture pour membres actifs	9
Couverture supplémentaire	10
Résumé de l'assurance vie.....	11
Résumé de l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA).....	13
Tableau des prestations DMA.....	14
Couverture supplémentaire DMA.....	16
Résumé de l'assurance pour soins de santé.....	18
Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment)	26
Couverture d'assistance voyage en cas d'urgence médicale pour les soins reçus en dehors de la province ou du pays.....	26
GreenShield+	27
Experts médicaux de Teladoc.....	27
Résumé de l'assurance pour soins dentaires	29
Catégorie 1 : Services de prévention	30
Catégorie 2 : Services courants	31
Catégorie 3 : Services majeurs	32
Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment)	33
Résumé du Programme de soutien au rétablissement	34
Comment le Programme de soutien au rétablissement fonctionne-t-il.....	34
Retour au travail.....	34
Si vous êtes incapable de retourner au travail.....	34
Fin de la couverture.....	35
Invalidité récurrente.....	35
Restrictions.....	35
Résumé des prestations d'invalidité de longue durée (ILD).....	37
Restrictions.....	37

Versement des prestations	37
Revenus qui réduiront vos prestations d'ILD	38
Exonération de primes	38
Invalidité partielle.....	38
Comment faire appel.....	38
Exigence relative à la résidence au Canada	39
Comment présenter une demande.....	39
Comment présenter une demande de règlement.....	40
Demande de règlement d'assurance vie.....	40
Demande de remboursement des frais de médicaments et de soins dentaires.....	40
Étape 1 : Carte d'identité Green Shield.....	40
Étape 2 : Formulaire de soumission d'une demande de remboursement	40
Étape 3 : Coordination des prestations pour soins de santé et pour soins dentaires	41
Décès et mutilation accidentels	41
Indemnité de l'employeur, demandes relatives au Programme de soutien au rétablissement (PSR) ou à l'invalidité de longue durée (ILD).....	41
Coordonnées.....	42



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 vous souhaitons à tous de conserver votre santé et votre bien-être, mais des problèmes de santé inattendus peuvent survenir. La partie sur le régime d'avantages sociaux de l'Église Unie destinés aux membres actifs (« le régime ») est conçue pour vous aider, vous et votre famille, à éviter une situation financière catastrophique si vous tombez malade ou si vous décédez. Le présent résumé du régime et les documents affichés à <https://uccbenefits.ca/fr/> présentent vos avantages et les nombreuses ressources auxquels vous avez accès comme personne employée ou membre en activité du personnel ministériel de l'Église Unie. Le personnel de Green Shield Canada (« GSC »), qui administre nos régimes pour soins de santé et soins dentaires, est à votre disposition pour répondre aux questions que vous pourriez avoir sur votre couverture.

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

La présente brochure décrit les principales caractéristiques du régime collectif d'avantages sociaux pour membres actifs. Les modalités de la couverture offerte sont décrites 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 (EUC).

Régime d'avantages sociaux de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux

Le régime vise à compléter les prestations offertes dans le cadre des régimes provinciaux. Le but est de faire en sorte que les membres aient une protection combinée de niveau équivalent, quel que soit leur lieu de résidence au Canada.

Avertissement

Le présent document résume divers aspects du régime. Il n'en couvre pas tous les éléments, modalités, conditions, exclusions et restrictions, et ne vise pas à remplacer les documents de référence officiels du régime (y compris les polices d'assurance en vigueur). Même si nous nous sommes efforcés de veiller à l'exactitude de l'information qu'il contient, en cas de divergence entre le présent 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 ou de suspendre la participation au régime, ou d'y mettre fin à n'importe quel moment, sans préavis et sans dédommagement.

Admissibilité et inscription

La participation au régime est une obligation et 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 au régime 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.

L'inscription au régime pour membres actifs est automatique à compter de votre date d'admissibilité. Ensuite, vous avez 90 jours à compter de la date à laquelle vous devenez admissible au régime collectif pour choisir une assurance vie facultative. Toute assurance 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 le délai de 90 jours, vous pourriez tout de même choisir ultérieurement l'assurance vie facultative, sous réserve d'une preuve d'assurabilité satisfaisante pour n'importe quel volume, même s'il est inférieur au maximum sans preuve. Il est possible de demander l'assurance facultative en cas de décès et de mutilation accidentels (DMA fac.) à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de preuve médicale.

Une couverture facultative qui dépasse le maximum sans preuve (assurance vie membre : 100 000 \$/assurance vie conjoint-e : 100 000 \$), qui doit également être approuvée par Canada Vie, entrerait en vigueur à partir de la date d'approbation.

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

Membres admissibles de votre famille

Les membres de la famille énumérés ci-dessous remplissent les conditions requises pour être assurés par le régime :

- **Votre épouse ou votre époux, ou votre partenaire selon la loi** dans le cadre d'un mariage religieux ou civil, ou votre conjointe ou votre conjoint de fait qui vit avec vous dans le cadre d'une relation conjugale depuis au moins douze mois.

- **Vos enfants non mariés** de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils étudient encore à temps plein. 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 de 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 communiquer avec le Centre d'avantages sociaux pour obtenir un formulaire de demande.

Exigence relative à la résidence au Canada

Pour être admissible aux prestations, vous devez résider au Canada et être assuré-e dans le cadre d'un régime provincial. Si vous résidez à l'extérieur du Canada plus de 90 jours consécutifs, ou plus de 180 jours durant toute période de 365 jours, le régime ne vous couvre pas.

Si vous résidez aux Bermudes, veuillez communiquer avec le conseil régional Nouvelle-Écosse-Bermudes pour avoir les renseignements sur les prestations qui s'appliquent à vous.

Changement de statut

Une fois que vous êtes inscrit-e au régime, il n'est plus possible de modifier votre couverture (de famille à célibataire ou vice-versa), à moins de vivre un événement marquant admissible. Les événements suivants sont considérés comme des événements marquants :

- nouvelle conjointe ou nouveau conjoint ou partenaire (mariage ou union de fait);
- naissance ou adoption d'un enfant;
- perte de la conjointe ou du conjoint ou partenaire;
- perte d'un enfant, ou fin de l'admissibilité d'un enfant aux prestations;
- divorce ou séparation d'un an, ou exclusion de la conjointe ou du conjoint de fait;
- obtention ou perte de la couverture en vertu d'un autre régime financé par l'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, à leurs frais, de la couverture d'avantages sociaux (charges de l'employeur comprises) durant cette période, sauf pour ce qui est du Programme de soutien au rétablissement et de l'indemnité de l'employeur. Une fois que le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie sera avisé que vous êtes à la recherche d'un appel, il 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 voulez garder 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 de réactivation de la couverture.

La couverture offerte dans le cadre du régime prend fin à la date à laquelle vous cessez d'y participer, comme suit :

Fin de la participation au régime avant 55 ans

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

Fin de la participation au régime après 55 ans et choix d'une pension immédiate ou d'une rente 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 faire l'objet d'une transformation.*)
- Vous pourriez être admissible au régime d'avantages sociaux collectifs pour retraités à votre départ à la retraite 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 :

- Toute couverture se termine à la fin du mois de la cessation d'emploi, sauf l'assurance invalidité de longue durée (si vous avez moins de 64 ans et six mois à la cessation), qui se termine à votre dernier jour complet de travail. (L'assurance vie peut être transformée.*).

*Voir à la page 11 « Droit de transformation »

Pour les membres âgés de plus de 64 ans et six mois qui sont en activité et ne touchent pas de pension

Les avantages sociaux suivants prennent fin :

- L'assurance invalidité de longue durée et les primes connexes prennent fin lorsque vous atteignez l'âge de 64 ans et six mois ou à votre dernier jour complet de travail, selon la première de ces deux éventualités.
- L'assurance vie facultative et l'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels prennent fin le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire.
- L'assurance vie facultative de votre conjointe ou de votre conjoint ou partenaire prend fin à votre 65^e anniversaire, ou à celui de votre conjointe ou de votre conjoint ou partenaire, selon la première de ces deux éventualités.

Les avantages sociaux suivants sont maintenus jusqu'à votre départ à la retraite :

- L'assurance vie de base diminue aux âges suivants :
 - de 65 à 70 ans : 50 % des gains admissibles (jusqu'à un minimum de 3000 \$);
 - de 70 à 75 ans : 25 % des gains admissibles (jusqu'à un minimum de 3000 \$).
- L'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels diminue aux âges suivants :
 - de 65 à 70 ans : 50 % des gains admissibles;
 - à 71 ans : l'assurance prend fin.
- L'assurance vie d'un enfant jusqu'à ce qu'elle ou il cesse d'être un membre de la famille admissible.
- L'assurance vie de votre conjointe ou de votre conjoint ou partenaire à condition qu'elle ou il demeure admissible.
- Le Programme de soutien au rétablissement
- L'indemnité de l'employeur pour le personnel ministériel des communautés de foi.
- La couverture pour soins de santé et pour soins dentaires est maintenue jusqu'à votre départ à la retraite, moment où vous pouvez choisir de participer au régime d'avantages sociaux collectifs pour retraités si vous êtes admissible.

Pour les membres qui continuent à travailler après le 1^{er} décembre de l'année de leur 71^e anniversaire :

- L'assurance vie de base est maintenue 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 sera résiliée à la fin de la période pour laquelle les primes ont été versées.

Types de protections et de prestations

Couverture pour membres actifs

Le régime d'avantages sociaux est obligatoire 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 pour que ces prestations demeurent non imposables. Le régime d'avantages sociaux pour membres actifs comprend les prestations décrites ci-après.

1. Prestations :

- Assurance vie du membre — prestation versée à votre bénéficiaire si vous décédez.
- Assurance vie des personnes à charge — prestation qui vous est versée si une personne à votre charge décède.
- Assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) — prestation qui vous est versée ou qui est versée à votre bénéficiaire si un accident entraîne 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 — protection offerte au membre et à ses personnes à charge admissibles pour des soins médicaux d'urgence prodigués au cours des six premières semaines de voyage à l'extérieur du Canada.
- Programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF) — dispensé par Telus Santé qui offre un suivi thérapeutique immédiat, confidentiel et de courte durée, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

2. **Programme de soutien au rétablissement (PSR)** — prestation versée aux communautés de foi et au Bureau du Conseil général afin que vous puissiez continuer à toucher 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 apporter une aide à la famille d'un membre du personnel ministériel qui décède alors qu'il travaille pour l'Église Unie (et cotise au régime pour membres actifs). Une coordination avec le PSR fait en sorte que le paiement total des deux couvertures ne peut dépasser la valeur de six mois de gains admissibles.

4. **Assurance invalidité de longue durée (ILD)** — prestation qui vous est versée en cas de maladie prolongée. (Une attestation et une approbation de l'assureur sont exigées.)

Couverture supplémentaire

Si vous désirez améliorer votre couverture d'avantages sociaux, vous pouvez choisir des couvertures supplémentaires et payer les primes correspondantes. Les assurances facultatives sont les suivantes :

- Assurance vie facultative — les primes sont établies d'après le montant de l'assurance vie supplémentaire choisie et de votre âge, et selon que vous fumez ou non.
- Assurance vie facultative de la conjointe ou du conjoint.
- Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA), célibataire ou famille.

Les primes sont révisées chaque année et peuvent changer. Il est possible de les consulter sur le site Web du Centre d'avantages sociaux, à 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 annuels ouvrant droit à pension	Tranches de 10 000 \$ (jusqu'à 500 000 \$); maximum sans preuve de 100 000 \$
Assurance vie pour membre actif, de 65 à 70 ans	50 % des gains annuels ouvrant droit à pension (minimum : 3 000 \$)	Aucune couverture facultative n'est offerte.
Assurance vie pour membre actif, 70 ans	25 % des gains annuels ouvrant droit à pension (minimum de 3 000 \$)	Aucune couverture facultative n'est offerte.
Assurance vie pour le membre qui prend sa retraite après 55 ans avec une pension immédiate ou une rente différée	3 000 \$	Aucune couverture facultative n'est offerte.
Assurance vie pour la conjointe ou le conjoint ou partenaire, avant le départ à la retraite du membre ou avant qu'il n'atteigne l'âge de 72 ans (selon la première de ces deux éventualités)*	5 000 \$	Tranches de 10 000 \$ (jusqu'à 150 000 \$); maximum sans preuve de 100 000 \$
Assurance vie pour chaque enfant admissible	5 000 \$	Aucune couverture facultative n'est offerte.

Remarque : Pour désigner votre bénéficiaire ou en changer, veuillez remplir le **Group Insurance Beneficiary Designation form (Formulaire de désignation de bénéficiaire d'assurance collective)** qui se trouve dans le [fonds de documents](#).

* Assurance vie — Droit de transformation

Si votre police d'assurance vie est réduite ou prend fin, il pourrait 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 agent 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, communiquez avec Canada Vie.

Résumé de l'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels (DMA)

La couverture — de base et facultative — en cas de décès et de mutilation accidentels (DMA) prend fin lorsque la personne assurée atteint l'âge de 65 ans.

Type de protection	De base	Facultative	Autres précisions
Couverture DMA pour membre actif jusqu'à 65 ans	100 % des gains annuels ouvrant droit à pension	Tranches de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)	Limite globale de 10 000 000 \$ par accident pour toutes les personnes assurées
Couverture DMA pour membre actif de 65 à 70 ans	50 % des gains annuels ouvrant droit à pension (minimum : 3 000\$)	Aucune couverture facultative n'est offerte.	Limite globale de 10 000 000 \$ par accident pour toutes les personnes assurées
Couverture DMA pour membre actif à partir de 71 ans	Aucune	Aucune couverture facultative n'est offerte.	Limite globale de 10 000 000 \$ par accident pour toutes les personnes assurées
Couverture DMA facultative pour conjoint -e ou partenaire (sans enfants)	Aucune	60 % de la couverture DMA du membre payable au conjoint ou à la conjointe ou au partenaire	
Assurance DMA facultative (famille) pour conjoint-e ou partenaire et enfant(s) admissible(s)	Aucune	<i>Conjoint-e ou partenaire</i> : 50 % de l'assurance DMA du membre <i>Chaque enfant</i> : 15 % de l'assurance DMA du membre	
Couverture DMA facultative pour chaque	Aucune	20 % de la couverture DMA du membre	

enfant (pas de conjoint- e admissible)			
---	--	--	--

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 complète de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'une main ou d'un pied et perte complète de la vue 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 complète de la vue 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	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 (perte de l'usage d'un bras et d'une jambe du même côté du corps)	200 %
Paraplégie (perte de l'usage des deux jambes)	200 %
Quadriplégie (perte de l'usage des bras et des jambes)	200 %

Pour avoir d'autres précisions sur ce type de protection, 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 se serait intentionnellement infligées. Vous pouvez obtenir la liste des exclusions sur demande auprès du Centre d'avantages sociaux à <https://uccbenefits.ca/fr/>.

Couverture supplémentaire DMA

Couverture	Détails	Autres renseignements
Exposition et disparition	L'assurance couvre les pertes causées par 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 (au décès accidentel du membre)	Dépenses raisonnables et habituelles liées à une formation professionnelle spéciale suivie par votre conjoint-e ou partenaire 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 liées à une formation spéciale que vous ou le membre de votre famille suivez pour devenir apte à exercer un métier particulier que vous ou le membre de votre famille ne feriez 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 à l'hôtel où elle séjourne.	Maximum de 1 000 \$
Prestation pour rapatriement	Dépenses raisonnables et habituelles liées au rapatriement du corps de la personne assurée jusqu'à un emplacement 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; une prestation est versée pour chaque année où l'enfant étudie à	La valeur est inférieure à 5 % du capital assuré ou à 5 000 \$ par an. Le programme d'études postsecondaires doit être reconnu et dispensé dans une

	plein temps, jusqu'à un maximum de 4 années consécutives.	université, un collège, une 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 », à la coassurance et à des franchises. Cela inclut la franchise pour les médicaments qui équivaut aux frais d'exécution d'ordonnance par la pharmacie. Votre franchise est de 250 \$, célibataire ou famille, par année civile, et elle s'applique à tous les types de garanties pour les soins de santé et les médicaments. Les réclamations 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 entre le lieu où la blessure est subie jusqu'au premier hôpital traitant, ou entre cet hôpital et 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 GSC, 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	Couverture à 80 %	

	être achevé dans un délai 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 nécessitent une ordonnance en vertu de la loi et qui ont 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 nécessiter une autorisation spéciale; certains médicaments préparés en pharmacie pourraient ne pas être couverts : pour en savoir plus, veuillez communiquer avec GSC.	Couverture à 80 %	Si un médicament de marque vous est prescrit 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 le formulaire d'autorisation préalable du médicament est rempli et approuvé. Maximum à déboursier : une fois qu'un membre a payé la franchise et la coassurance de 1000 \$ pour les médicaments au cours d'une année civile, les dépenses admissibles de médicament seront remboursées à 100 %. Exclusions concernant les médicaments d'ordonnance : les médicaments biologiques de référence qui ont un médicament biosimilaire approuvé.

*Tous les médicaments nouvellement approuvés et commercialisés au Canada sont évalués par un comité d'experts 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 remboursés par la couverture.

- **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 substituts.
- **Une autorisation préalable** requise est assignée aux médicaments qui sont considérés comme des thérapies de deuxième intention ou qui 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 réclamations aux fins d'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.

GSC se réserve le droit de gérer ses listes de médicaments à l'aide d'un processus d'examen fondé sur des données probantes, dans le cadre duquel les médicaments sont évalués en fonction de leur valeur globale, en tenant compte de leur efficacité clinique, de leur innocuité, des besoins non satisfaits et de l'accessibilité financière du régime. La gestion de formulaires comprend le droit :

- d'ajouter un médicament aux listes de médicaments de GSC;
- d'exclure ou de retirer un médicament des listes de médicaments de GSC, indépendamment de l'approbation de Santé Canada et/ou de l'existence d'une couverture provinciale;
- d'imposer des restrictions à un médicament inscrit au formulaire de GSC. Les restrictions peuvent comprendre, sans s'y limiter, l'approbation préalable du médicament par GSC avant que la réclamation puisse être remboursée, l'obligation d'obtenir le médicament auprès d'un fournisseur agréé et l'obligation d'obtenir un substitut moins coûteux pour le même traitement, tel qu'un médicament générique ou biosimilaire.

Exclusions des médicaments sur ordonnance : médicaments biologiques de référence pour lesquels un médicament biosimilaire est approuvé.

Médicament biologique de référence : médicament biologique dont la vente a d'abord été autorisée par Santé Canada.

Médicament biosimilaire : médicament biologique démontré comme étant similaire à un médicament biologique de référence dont la vente est déjà autorisée par Santé Canada.

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 de 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. Une réparation pourrait être préférable (lorsque celle-ci offre un bon rapport coût-efficacité) à un achat.
Médicaments contre l'infertilité, maternité de substitution et adoption	La prestation pour la maternité de substitution rembourse les frais médicaux et les médicaments sur ordonnance admissibles	Couverture à 80 % jusqu'au maximum à vie de 20 000 \$ par personne	

	<p>engagés dans une clinique de fertilité au Canada.</p> <p>La prestation d'adoption permet aux membres du régime d'être remboursés pour les dépenses engagées pendant le processus d'adoption, conformément aux directives de l'ARC.</p>		
Chirurgie d'affirmation de genre		Frais raisonnables et habituels limités 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 et 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	Services infirmiers fournis par une infirmière ou par une infirmière auxiliaire	Couverture à 80 % jusqu'au 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 assurée 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.
Praticiens paramédicaux	<p>Les praticiens doivent être dûment qualifiés et autorisés, et exercer leur profession dans le champ d'application de leur permis.</p> <p>Il est recommandé de communiquer avec GSC avant de faire appel aux services d'une praticienne ou d'un praticien paramédical afin de déterminer si des règles particulières en matière d'évaluation s'appliquent à ce type de fournisseur de services.</p>	<p>Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne et par année, pour l'ensemble des soins suivants :</p> <p>acuponcture, chiropractie, massage thérapeutique, naturopathie, podologie ou podiatrie, ou ostéopathie</p> <p>Couverture à 80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne et par année pour la physiothérapie</p> <p>Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne et par année pour l'orthophonie</p>	<i>Lettre du médecin non exigée</i>

		45,50 \$ par incapacité ou handicap pour des examens radiologiques	
Tests pharmacogénétiques***	Admissible uniquement par l'intermédiaire de GenXys Health Care Systems	Couverture à 100 % une seule fois au cours de la vie de l'assuré-e	Sujet à une approbation préalable
Soutien-gorges post-mastectomie	3 par personne par année civile	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Traitement psychologique	Diagnostic, évaluation et traitement par une ou un psychologue, une professionnelle ou un professionnel titulaire d'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 concurrence de 3 000 \$ par personne et par année civile	Lettre du médecin non exigée
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.	La franchise ne s'applique pas.

		Comprend les examens oculaires, les fournitures et les services de soins de la vue	
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.

*** Tests pharmacogénétiques — Si certains critères particuliers sont remplis, vous et vos personnes à charge admissibles pourriez avoir accès aux tests pharmacogénétiques fournis par GenXys Health Care Systems. Leur produit tout-en-un TreatGxPlus comprend le test pharmacogénétique myPGx et un abonnement à TreatGx, un logiciel d'aide à la décision en matière de médication qui propose des options de médicaments personnalisées et optimisées en fonction de vos observations pharmacogénétiques, de votre régime médicamenteux actuel et d'autres informations sur votre santé. Pour plus de détails, consultez la page <https://www.genxys.com/fr-gsc-members/>.

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'équipements médicaux durables ou d'appareils auditifs.
- Les frais relatifs aux analyses de laboratoire et aux analyses de sang.
- Certains vaccins ne sont pas couverts. Veuillez communiquer avec GSC pour avoir des précisions.
- Aucune protection n'est payable si sa prestation est interdite par la loi.

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

Offerte 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 qui n'aurait pas pu raisonnablement être prévu 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'au 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 GSC. Si une procédure nécessaire sur le plan médical n'est pas accessible au Canada, les membres peuvent demander une recommandation médicale, jusqu'à concurrence de 75 000 \$ par an, sous réserve d'une approbation préalable, pour que la procédure puisse se dérouler à l'étranger.

Green Shield Travel Assistance Group #4806
1-800-936-6226 au Canada ou aux États-Unis
0-519-742-3556 à frais virés depuis d'autres pays

Veillez avoir votre numéro d'identification de GSC à portée de la main ainsi que votre numéro de carte d'assurance maladie provinciale.

Les frais suivants sont admissibles :

- services médicaux;
- transport d'urgence;
- rapatriement de la personne décédée (jusqu'à concurrence de 15 000 \$);
- retour d'enfants à charge;
- voyage de retour retardé;
- retour du véhicule (jusqu'à concurrence de 10 000 \$);
- visite d'un membre de la famille (si la personne concernée voyage seule et est confinée à l'hôpital pendant plus de sept jours).

GreenShield+

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

- consulter votre brochure de la couverture d'avantages sociaux;
- accéder à l'historique de vos demandes de remboursement, 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 réclamation sera couverte;
- soumettre les 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** : le service 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 en allant sur le site [Experts médicaux de Teladoc](#). Vous serez mis en relation avec une infirmière autorisée qui sera votre ambassadrice personnelle des soins, évaluera vos besoins et vous fournira des services conçus pour vous aider à aller de l'avant en toute confiance dans votre traitement.

Résumé de l'assurance pour soins dentaires

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

Le remboursement se base sur le guide des tarifs en vigueur ou sur les frais qui correspondent aux normes de l'industrie dans les provinces qui n'ont pas de guide des tarifs.

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 GSC pour que l'entreprise puisse déterminer ce qui est couvert avant de commencer le traitement ou de commander l'équipement. GSC vous indiquera quelle partie de vos dépenses sera couverte par le régime.

Type de protection	Couverture pour membres actifs
Catégorie 1 : Services de prévention	Franchise de 75 \$ par cellule familiale et 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, selon ce qui est décrit ci-dessus; couverture à 50 % des dépenses admissibles
Orthodontie	Aucune couverture.
Maximums par année civile	Catégories 1, 2 et 3 combinées : 2 500 \$ pour chaque membre admissible de la famille

Remarque : Pour tout travail relatif à une couronne ou à un pont effectué par votre dentiste, GSC se réserve le droit d'appliquer une disposition de rechange pour les prestations, et pourrait ne rembourser les dépenses engagées que jusqu'à concurrence du coût d'un autre traitement qui aurait été approprié (par exemple, une restauration en surface). C'est 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 percevoir un remboursement, veuillez confirmer auprès de votre dentiste, avant l'examen, le service qui sera fourni.

Type de protection	Détails	Régime pour membres actifs
Examen buccal complet	Plus exhaustif qu'un examen de rappel : 1 examen dentaire complet par personne au cours d'une période de 24 mois consécutifs	Couverture à 80 %
Examen buccal (rappel)	Examen de la bouche 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	Précisions	Couverture pour membres actifs
Anesthésiques	Administrés dans le cadre d'une chirurgie buccale ou d'autres soins dentaires couverts	Couverture à 80 %
Appareils*	Attelles, 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 %
Appareils de maintien d'espace	Peuvent être utilisés pour prévenir la mobilité dentaire.	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 GSC une **détermination préalable de la protection offerte** avant d'engager cette catégorie de dépenses.

Type de protection	Précisions	Couverture	Autres renseignements
Couronnes, incrustations avec recouvrement, 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 %	Couverture uniquement lorsque ces procédures sont employées pour rendre leur fonction normale à des dents naturelles lorsque cela ne peut pas se faire par des 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 GSC 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 public ou par tout autre régime financé par un employeur.
- Les fournitures et les services 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 pour le 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 (PSR)

Si votre absence du travail causée par une maladie ou une blessure est attestée par dossier médical et approuvée par l'évaluateur (initialement et de manière continue), vous avez le droit de recevoir votre plein salaire par votre communauté de foi ou d'un autre employeur (ainsi que l'allocation pour le logement ou l'usage du presbytère s'il y a lieu) durant une période de six mois. Votre salaire est remboursé à 85 % à votre communauté de foi ou à votre employeur 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'évaluateur 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'équipe de l'invalidité au Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie du Canada (disability@united-church.ca) au sujet de vos options en matière de programme 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'évaluateur chargé de votre demande de règlement et l'équipe de l'invalidité du Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie du Canada (disability@united-church.ca) vous aideront à présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée. **Remarque :**

Actuellement, si vous êtes membre du personnel ministériel, vous devrez vous entretenir avec la communauté de foi, le conseil régional et/ou le personnel du conseil régional pour évaluer vos besoins de logement de substitution si vous résidez 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 de votre 71^e anniversaire, puisque vous devez commencer alors 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 au cours de laquelle vous avez été couvert dans le cadre du Programme de soutien au rétablissement (PSR), et que dans un délai de trois mois par la suite, l'évaluateur atteste que vous êtes de nouveau incapable de travailler pour le même motif, vous avez droit au maintien de votre salaire dans le cadre du Programme, selon la plus courte des deux éventualités suivantes :

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

Une absence ultérieure pour cause d'invalidité, pour des motifs entièrement différents et sans rapport avec les raisons initiales, et séparée de l'absence précédente par au moins une journée de service 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 :

- pendant un congé (y compris un congé de maternité ou un congé parental);
- durant laquelle vous ne collaborez pas avec l'évaluateur chargé de votre demande de règlement ou vous refusez de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par l'évaluateur en question ou par le médecin traitant;
- durant laquelle vous travaillez contre rémunération autrement que dans le cadre d'un programme d'invalidité partielle approuvé de l'Église Unie;
- résultant de blessures que vous vous êtes infligées intentionnellement;
- résultant d'une dépendance à une substance réglementée, sauf si vous recevez un traitement actif conforme à des normes professionnelles;
- découlant de la participation volontaire à une guerre (déclarée ou non), à une émeute ou à 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 des prestations sont reçues dans le cadre des régimes d'indemnisation des accidents du travail ou d'assurance automobile provinciale qui ne tiennent pas compte des prestations de revenu de l'assurance-emploi dans le versement de leurs prestations, des montants correspondant aux prestations provenant de ces autres sources seront déduits des prestations du PSR.

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

Les 24 premiers mois de prestations d'invalidité (après la période d'attente de six mois), l'évaluateur doit vous juger incapable d'exercer **vos** profession pour cause de maladie ou de blessure accidentelle. Les prestations d'ILD continueront de vous être versées après cette période de 24 mois uniquement si l'évaluateur 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, à une émeute ou à des troubles civils. Si votre travail pour l'Église Unie 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 substance réglementée (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 l'assureur ou par le médecin traitant, aucune prestation ne sera versée.

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

- au cours de toute période où vous vous trouvez à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux 30 premiers jours d'absence ou si Canada Vie a autorisé préalablement l'absence avant le départ;
- au cours de 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 mensuels ouvrant droit à pension d'avant l'invalidité, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par mois. C'est l'évaluateur qui procède aux 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 selon la détermination de l'évaluateur, ou vous refusez d'être examiné-e par un médecin;
- la fin de votre contrat si vous êtes un employé contractuel;
- la fin du mois où vous atteignez l'âge de 65 ans;
- 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 prestations d'ILD, vous devez fournir des renseignements sur tous vos « autres revenus ». Vous devez également soumettre la preuve que vous avez présenté une demande relative aux « autres revenus » aux organismes compétents, le cas échéant. Nous vous encourageons à présenter une demande de prestations 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 que vous touchez des prestations d'invalidité de longue durée dans le cadre du régime, votre couverture en vertu du régime d'avantages sociaux collectifs et du régime de retraite est maintenue jusqu'au dernier jour travaillé, jusqu'à ce que vous cessiez d'être invalide ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans, sans que vous ayez à payer quoi que ce soit. Après 65 ans, la couverture accordée est réduite comme elle le serait si vous n'étiez pas invalide. Cela ne s'applique qu'aux personnes qui touchent des prestations mensuelles d'ILD, mais non aux personnes qui touchent un paiement forfaitaire à la suite du règlement d'un litige.

Invalidité partielle

Si votre invalidité n'est que partielle, vous pourriez tout de 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 du travail que vous effectuez dans le cadre de la réadaptation. Les prestations continueront de vous 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 ou jusqu'à ce que vous soyez en mesure d'exercer 80 % de vos fonctions habituelles 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. Les dépenses de procédure d'appel engagées par le membre 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 adéquate 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 présenter une demande

Si vous désirez obtenir les formulaires nécessaires pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec l'équipe de l'invalidité du Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie du Canada à Disability@united-church.ca).

Comment présenter une demande de règlement

Demande de règlement d'assurance vie

Vous pouvez vous 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.

Demande de remboursement des frais de médicaments et de soins dentaires

Étape 1 : Carte d'identité GSC

Pour simplifier le paiement, vous pouvez utiliser votre carte d'identité de GSC 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 GSC).

Si vous ne pouvez pas utiliser votre carte d'identité GSC à votre pharmacie, chez votre fournisseur de soins de santé ou chez votre dentiste, vous devrez soumettre une demande de règlement à GSC via le site Web GreenShield+, l'application mobile ou à l'aide d'un formulaire papier. Pour soumettre une demande en ligne, allez sur le site Web de GreenShield+, connectez-vous à votre compte, allez à la rubrique « Vos demandes de règlement » et sélectionnez « Soumettre une demande ». Les formulaires de demandes de règlement sont accessibles sur le site Web de GSC et doivent être expédiés à l'adresse qui figure sur les formulaires.

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 [GreenShield+](#). Si vous choisissez de soumettre votre demande par courriel postal, **il est prudent dans tous les cas de faire des copies de tous les reçus envoyés par GSC.**

- **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, des copies sont acceptables.
- Joignez une lettre du médecin lorsque 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 concernant des soins de santé ou des soins dentaires, ou pour obtenir une détermination préalable de la protection offerte, communiquez directement avec **GSC** 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 assurance supplémentaire parce que votre conjoint-e cotise à 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 GSC), un formulaire de demande de règlement et les reçus correspondant à vos dépenses. Votre conjoint-e peut en faire autant, en soumettant à GSC 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 faire systématiquement des copies de vos reçus avant de les envoyer à l'assureur.

Décès et mutilation accidentels

Pour les demandes de règlement d'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 PSR ou à l'ILD, veuillez écrire à l'équipe de l'invalidité au Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie du Canada à Disability@united-church.ca ou appeler au 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 numéro d'employé 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 GSC :

Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119

Site Web : greenshield.ca/fr-ca

Pour obtenir des renseignements sur le service des Experts médicaux de Teladoc, vous êtes priés de 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

Telus Solutions en santé

Pour les premiers rendez-vous et un service de 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 : <https://www.workhealthlife.com/>

Français : <https://www.workhealthlife.com/?lang=fr-CA>