

Mon régime collectif



Retraités

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Great-West est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Great-West travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Great-West en ligne

Visitez notre site Web au www.lagreatwest.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- la soumission de demandes de règlement en ligne.

GroupNet pour les participants de régime

À titre de participant au régime de la Great-West, vous pouvez vous inscrire aux Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime au www.greatwestlife.com/fr/inscription. Suivez les directives d'inscription. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main lors de l'inscription.

GroupNet permet d'accéder plus facilement à l'information sur les garanties à l'aide de n'importe quel appareil :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- vos cartes de garanties personnelles;
- la possibilité de soumettre la plupart de vos demandes de règlement en ligne;
- une mine de renseignements sur la santé et le mieux-être.

De plus, au moyen de GroupNet Texto, vous pouvez accéder sur-le-champ à l'information propre à vos garanties. GroupNet Texto vous permet d'utiliser votre téléphone cellulaire afin d'obtenir de l'information détaillée sur votre régime, notamment :

- vos numéros de régime et d'identification;
- des précisions sur la protection (l'information consultable dépend de votre régime);
- le montant du règlement proportionnel;
- les plafonds des frais admissibles, les soldes et plus encore.

Pour utiliser GroupNet Texto, transmettez certains mots clés par messagerie texte au 204 289-1667. Vous recevrez aussitôt un texto contenant des données sur votre protection. Pour obtenir une liste complète des mots clés, textez « Aide ». Pour une brève description du type d'information liée à un mot clé précis, envoyez un texto qui renferme le terme « Aide » en plus du mot clé en question.

La compatibilité de GroupNet Texto peut varier selon l'appareil mobile ou le système d'exploitation utilisé.

Numéro sans frais de la Great-West

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Great-West qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 800 957-9777.

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur, mais les **polices collectives n^{os} 160885 et 169807**, et le **texte officiel du régime n^o 57198** établis par la Great-West en demeurent les documents officiels. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions des polices collectives et du texte officiel du régime, seules ces dernières feront foi.

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime est administré par



Le présent livret a été préparé le : 12 septembre 2018

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Great-West à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Garanties assurées

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

Garanties non assurées

Aucune action ne peut être intentée en justice pour obtenir le règlement de prestations non assurées aux termes du présent régime avant l'expiration d'un délai de 60 jours à partir de la date de production de la déclaration de sinistre, ni plus de deux ans après le rejet d'une demande de règlement.

Procédure d'appel

Garanties assurées

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Great-West d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Garanties non assurées

Vous avez le droit d'appeler du refus de l'employeur d'accorder la totalité ou une partie de la protection ou des prestations décrites dans le présent régime dans les deux ans. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Garanties assurées

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Great-West d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Great-West. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Great-West à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Garanties non assurées

Vous êtes tenu de rembourser la totalité des prestations que vous avez reçues en trop, et ce, dans les six mois ou dans un délai plus long convenu par l'employeur. Si vous omettez de rembourser le trop-perçu dans le délai prévu, le versement des prestations sera interrompu jusqu'au remboursement de ce trop-perçu. Cette action ne limite aucunement le droit de votre employeur à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Great-West ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Great-West peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Votre employeur a conclu une entente avec la Great-West aux termes de laquelle il a la responsabilité financière d'une partie ou de la totalité des prestations prévues par le régime, et la Great-West traite les demandes de règlement pour son compte. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Great-West ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

Responsabilité de l'employeur

Aux termes d'une entente conclue avec La Great-West, compagnie d'assurance-vie, votre employeur sera seul responsable de la ou des garanties soins médicaux (à l'exception de l'Assistance médicale globale) et soins dentaires décrite(s) dans le présent livret. Votre employeur s'étant engagé à capitaliser lui-même les prestations, celles-ci ne seront pas garanties par la Great-West. Cette dernière se chargera cependant du traitement des demandes de règlement.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	6
Personnes à charge couvertes	7
Désignation de bénéficiaire	8
Assurance facultative contre les maladies graves	9
Garantie soins médicaux supplémentaires	23
Garantie soins dentaires	40
Coordination des prestations	47
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Réseau Best Doctors ^{MD})	48

Sommaire des garanties

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance facultative contre les maladies graves

Supplément d'assurance offert au salarié et à son conjoint en multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$, sous réserve de l'approbation des justifications d'assurabilité.

Si vous êtes couvert aux termes du présent régime à la fois à titre de salarié et de conjoint, vous ne pouvez bénéficier d'un montant supérieur au maximum de 250 000 \$.

**Garantie Soins médicaux supplémentaires
(Retraités âgé de 65 ans et plus, non couvert par les frais de
médicaments sur ordonnance engagés au Canada)**

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Franchise aucune

Règlement proportionnel
Retraités âgé de 65 ans et plus, non couvert par les frais de
médicaments sur ordonnance engagés au Canada

Frais paramédicaux 80 %

Frais de médicaments sur
ordonnance engagés au Canada
- médicaments achetés au Québec 90 %

- médicaments achetés
à l'extérieur du Québec
• médicaments achetés chez
Costco Wholesale Canada Ltd.
ou chez l'une de ses sociétés
affiliées en utilisant la carte
d'identité relative aux
médicaments sur ordonnance 100 %

• médicaments achetés de toute
autre source ou achetés sans
utiliser la carte d'identité
relative aux médicaments
sur ordonnance 90 %

Tous les autres frais couverts 100 %

Maximums - Frais ordinaires

Soins infirmiers à domicile	10 000 \$ pour une période maximale de 12 mois par état de santé
Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection	250 \$ par année civile
Appareils auditifs	600 \$ par période de 5 ans
Pompes à perfusion d'insuline	une pompe pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure et orthèses du pied faites sur mesure	
- enfants à charge âgés de moins de 19 ans	150 \$ par année civile
- toutes les autres personnes	150 \$ par période de deux années civiles
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	2 000 \$ pendant toute la durée de la protection
Appareils de contrôle de la glycémie	un par période de 4 ans
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	4 000 \$ par année civile
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pendant toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	1 500 \$ pendant toute la durée de la protection

Bas de contention sur mesure	250 \$ par année civile
Perruques pour patients atteints du cancer	200 \$ pendant toute la durée de la protection
Dispositifs pour énurétiques	compris
Dispositifs intra-utérins	75 \$ par période de 24 mois

Maximums - Soins paramédicaux

Soins donnés par un acupuncteur	500 \$ par année civile
Soins donnés par un chiropraticien	500 \$ par année civile
Soins donnés par un massothérapeute	500 \$ par année civile
Soins donnés par un naturopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un homéopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un ostéopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un physiothérapeute	1 000 \$ par année civile
Soins donnés par un ergothérapeute	500 \$ par année civile
Soins donnés par un podiatre	500 \$ par année civile
Soins donnés par un psychologue ou un travailleur social	750 \$ par année civile
Soins donnés par un orthophoniste	500 \$ par année civile

Maximums - Soins oculaires

Examens de la vue

- enfants à charge âgés de moins de 18 ans un par année civile jusqu'à concurrence de 90 \$ par année civile
- toutes les autres personnes un par période de 2 années civiles jusqu'à concurrence de 90 \$ par période de 2 années civiles

Lunettes et lentilles cornéennes

- enfants à charge âgés de moins de 18 ans 200 \$ par année civile
- toutes les autres personnes 200 \$ par période de 2 années civiles

Montant maximum pendant toute la durée de la protection

illimité

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Barème servant au règlement barème des honoraires pour soins dentaires en vigueur dans votre province de résidence à la date des soins

Franchise aucune

Règlement proportionnel

Soins ordinaires 90 %
Blessure accidentelle aux dents 100 %

Maximums

Soins ordinaires 1 500 \$ par année civile
Blessure accidentelle aux dents illimité

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime à la date de votre retraite.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.

Vous pouvez renoncer à la protection de soins médicaux ou de soins dentaires (ou aux deux) si vous profitez déjà de ces protections aux termes du régime de votre conjoint. Si votre protection aux termes du régime de votre conjoint prend fin, vous devez vous inscrire au présent régime dans les 31 jours suivant l'expiration de votre protection. Passé ce délai, ou si votre demande d'adhésion a été antérieurement refusée par la Great-West, vous et vos personnes à charge pourriez être tenus de présenter une preuve de bonne santé satisfaisant la Great-West pour bénéficier de la protection de soins médicaux. Quant à la garantie Soins dentaires, la Great-West pourrait refuser de l'accorder ou pourrait appliquer certaines restrictions.

Votre protection expire lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque le régime collectif expire, selon la première éventualité.

- La protection à l'égard de vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Votre employeur vous renseignera à ce sujet.

Prestations de survie

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de deux ans ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

Par « personne à charge » on entend les personnes ci-dessous.

- Votre conjoint (légitime ou de fait).
« Conjoint de fait » s'entend de la personne qui habite avec vous depuis au moins 36 mois et dont la relation avec vous est de nature conjugale.
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 22 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

Les enfants de moins de 22 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 22 ans, ou

avant l'âge de 25 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre employeur.

ASSURANCE FACULTATIVE CONTRE LES MALADIES GRAVES

Si, en cours de garantie, vous ou votre conjoint recevez le diagnostic d'une des maladies graves définies plus bas, la Great-West vous versera une prestation facultative aux termes de l'assurance contre les maladies graves. Vérifiez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant des prestations payables. La prestation est payable à l'expiration de la période la plus longue entre la période d'attente de 30 jours suivant la date du diagnostic de la maladie grave et la période d'attente prévue, le cas échéant, à l'égard de la maladie grave en question, telle qu'elle est définie ci-dessous. En plus de cette prestation et pourvu qu'elle soit de 10 000 \$ ou plus, la Great-West versera un don de 500 \$ en votre nom à un organisme de bienfaisance enregistré de votre choix.

Si vous demandez de l'assurance facultative, des preuves d'assurabilité pourraient être requises puis soumises à l'approbation de la Great-West. Une seule prestation de maladie grave est payable du vivant d'une personne. Une fois qu'une prestation a été versée, il n'y a plus d'assurance contre les maladies graves couvrant cette personne.

Votre assurance facultative contre les maladies graves ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65e anniversaire de naissance. La protection du conjoint ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65e anniversaire de naissance ou celui de votre conjoint, selon la première éventualité.

Maladies couvertes

On entend par « maladie grave » toute affection, toute intervention chirurgicale ou tout état indiqués ci-dessous répondant aux critères définis et diagnostiqués par un médecin qui pratique au Canada ou aux États-Unis et qui est reconnu par un comité d'examen de spécialité médicale compétent comme un spécialiste de la discipline médicale liée à la maladie grave concernée. Le diagnostic doit être appuyé de preuves médicales objectives.

- Par « **crise cardiaque** », on entend la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes:
 - symptômes de crise cardiaque;
 - changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
 - apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Aucune prestation ne sera payable pour une crise cardiaque dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; ou
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

- Par « **accident vasculaire cérébral** », on entend un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec:

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistants pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Aucune prestation ne sera payable pour un accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme.

Pour préciser, les infarctus lacunaires qui ne présentent pas les symptômes neurologiques et les déficits mentionnés ci-dessus et qui persistent pour plus de 30 jours ne satisfont pas la définition d'accident vasculaire cérébral.

- Par « **pontage aortocoronarien** », on entend une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire au moyen de greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour un pontage aortocoronarien dans le cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- Par « **cancer (mettant la vie en danger)** », on entend une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains.

Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer (mettant la vie en danger) dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de noeuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins de la présente police, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7ème édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins de la présente police, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Périodes de cancer exclues

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer (mettant la vie en danger) si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Great-West dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Great-West peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

- Par « **insuffisance rénale** », on entend une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.
- Par « **cécité** », on entend la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par:
 - une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
 - un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.
- Par « **greffe d'un organe principal** », on entend une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit aux prestations en cas de « greffe d'un organe vital », la personne couverte doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

- Par « **démence, y compris la maladie d'Alzheimer** », on entend la démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne couverte doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Aucune prestation ne sera payable pour la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou de délire.

Aux termes de la présente police, la référence à un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

- Par « **maladie de Parkinson et syndrome parkinsoniens atypiques** » on entend la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :
- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

La personne couverte doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndrome parkinsonien atypique signifie diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques dans le cas de tout autre type de parkinsonisme.

Périodes de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques exclus

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et pour des syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans la première année suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Great-West dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Great-West peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

- Par « **paralysie** », on entend la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.
- Par « **sclérose en plaques** », on entend au moins une des manifestations suivantes :
 - au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
 - anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
 - une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.
- Par « **surdité** », on entend la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.
- Par « **perte de l'usage de la parole** », on entend la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Aucune prestation ne sera payable pour la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.

- Par « **coma** », on entend une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Aucune prestation ne sera payable pour un coma dans le cas d'un coma qui a été médicalement provoqué.

- Par « **brûlures graves** », on entend des brûlures du troisième degré affectant au moins 20% de la surface du corps.
- Par « **chirurgie de l'aorte** », on entend une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

- Par « **tumeur cérébrale bénigne** », on entend une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Périodes de tumeurs cérébrales bénignes exclues

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Great-West dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Great-West peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

- Par « **remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** », on entend une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- Par « **perte d'autonomie** », on entend une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;

- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
 - se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
- Par « **perte de membres** », on entend une séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.
 - Par « **maladie du motoneurone** », on entend l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.
 - Par « **infection à VIH contractée au travail** », on entend l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne couverte à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la police ou après la date d'effet d'une augmentation de l'assurance si cette date est ultérieure.

Des prestations sont payables en cas d'infection à VIH contractée au travail seulement si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;

- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Aucune prestation ne sera payable pour une infection à VIH contractée au travail si :

- la personne couverte a décidé de ne pas se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle.

Pour préciser, une infection à VIH qui résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables n'est pas incluse dans la présente définition d'infection à VIH contractée au travail.

- Par « **méningite purulente** », on entend une méningite, confirmée par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Aucune prestation ne sera payable dans le cas d'une méningite virale.

- Par « **anémie aplastique** », on entend une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse, confirmée par biopsie, et qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

 - stimulation de la moelle osseuse;
 - immunosuppresseurs;
 - greffe de moelle osseuse.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Maladie grave qui est directement ou indirectement attribuable à des problèmes de santé à l'égard desquels vous ou votre conjoint avez reçu des soins médicaux au cours de la période de 24 mois précédant la date d'effet de votre assurance. Cette restriction ne s'applique pas :
 - si la maladie est diagnostiquée après que vous ou votre conjoint avez été assuré de façon continue pendant 24 mois, ou
 - à l'égard de tout montant d'assurance pour lequel une preuve d'assurabilité est exigée.

- Maladie grave résultant directement ou indirectement à n'importe quel des faits suivants :
 - blessure intentionnelle ou tentative de suicide, quel que soit l'état d'esprit de la personne, et que celle-ci soit en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de ses actes;
 - guerre, insurrection ou participation volontaire à une émeute;
 - participation à un acte criminel ou à une tentative de voies de fait;
 - absorption de tout médicament, substance toxique, produit enivrant ou narcotique, à moins qu'il ne soit prescrit à la personne par un médecin autorisé ou pris par la personne conformément aux directives du médecin autorisé;
 - conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres.

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou d'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales survenant au cours de la période d'attente applicable relativement à la prestation.

Comment faire une demande de règlement

- Pour réclamer des prestations, procurez-vous un formulaire de demande de règlement sur le site Web de la Great-West au **www.lagreatwest.com**. Remplissez ce formulaire et renvoyez-le à l'adresse indiquée sur le formulaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de trois mois après l'expiration de la période d'attente ou trois mois après l'expiration du régime selon la première éventualité.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Retraités âgé de 65 ans et plus, non couvert par les frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Votre garantie Soins médicaux supplémentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance, sauf disposition contraire prévue par la loi.

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins voulus.
- Soins donnés à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé lorsqu'ils sont donnés au Canada. Aucune prestation n'est payable lorsque les soins sont donnés par un membre de votre famille ou lorsque les soins ne nécessitent pas les compétences spéciales d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé.

- Soins infirmiers en maison de convalescence si votre condition s'améliorait en raison des soins donnés et si les soins suivent une hospitalisation d'au moins trois jours en soins de courte durée.

Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.
 - Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
 - Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé ne soit présentée au gestionnaire de régime, les frais couverts peuvent être réduits au coût du médicament de remplacement le moins cher.

- Location ou, au choix de l'employeur, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques, notamment l'insuline, les seringues à insuline, les stylos d'injection Novolin-Pen, les fournitures servant à l'analyse diabétique et les trousse de perfusion d'insuline, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils flash de surveillance du glucose, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnosics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnosics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnosics) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.

Soins oculaires

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Great-West. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Great-West.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, et les frais de transport aller-retour en classe économique.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$. Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris, mais les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins d'urgence hors du pays

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par « urgence médicale » on entend toute urgence résultant de blessures fortuites soudaines ou d'une phase aiguë d'une maladie.

- Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical de base.
 - Soins donnés par un médecin.
 - Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
 - Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous êtes couvert.
 - Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
 - Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
 - Médicaments.
 - Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
 - Transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays.

Autres soins, services ou fournitures

Selon les modalités que le gestionnaire de régime détermine, les frais de soins, services ou fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime pourraient être couverts, à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Frais non couverts

Une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par le gestionnaire de régime pourrait être refusée.

Les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture peuvent être limités au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime privé d'avantages sociaux.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.

- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs, des dispositifs intra-utérins et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par le gestionnaire de régime comme étant des soins, services et fournitures couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays et à la partie intitulée Assistance médicale globale.

- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si des prestations auraient été versées en vertu du présent régime pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que le gestionnaire de régime a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, le gestionnaire de régime peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
 - lignes directrices de la pratique clinique;
 - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
 - renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
 - évaluations de l'efficacité des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Médicaments (sauf tel que prévu dans les frais de soins d'urgence reçu hors du pays) ou fournitures qui figurent sur la liste des exclusions du gestionnaire de régime. Le gestionnaire de régime se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une fourniture, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. Le gestionnaire de régime peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu que le gestionnaire de régime peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- le gestionnaire de régime a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
 - le gestionnaire de régime a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
 - Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
 - Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.

- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Produits anti-tabagiques.
- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Soins prolongés.
- Soins et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, services ou fournitures sont couverts, le gestionnaire de régime conserve une liste limitée de soins, services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable.

Pour obtenir la liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, allez au www.lagreatwest.com.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des fournitures ou des services constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de fournitures ou de services moins chers représente un traitement raisonnable, on pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les fournitures ou les services prescrits, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez au gestionnaire de régime une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les fournitures ou les services moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les fournitures ou les services prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

Le gestionnaire du régime pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par le gestionnaire de régime; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, le gestionnaire de régime pourrait tenir compte de facteurs tels que les soins, le service ou la fourniture, l'état de santé et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

Selon les modalités et conditions que le gestionnaire de régime juge appropriées, le remboursement des soins, du service ou de la fourniture pourrait être limité dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par le gestionnaire de régime ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformés au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels le gestionnaire de régime a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, le gestionnaire de régime pourrait exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné ou administrés par celui-ci; et :

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par le gestionnaire de régime ou qui n'ont pas été administrés par le fournisseur désigné.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients pourrait vous offrir, à vous ou à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, le gestionnaire du régime peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel le gestionnaire du régime exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, les frais couverts peuvent également être réduits jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous et vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant des **frais engagés à l'étranger (y compris celles relatives à l'Assistance médicale globale)** doivent être présentées à la Great-West le plus tôt possible après que les frais ont été engagés. Il est très important que vous fassiez parvenir vos demandes de règlement immédiatement à notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger vu que la régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire a fixé des délais très stricts à cet égard.

Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M5432 (f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) à votre employeur. Vous devez également obtenir la formule de cession des prestations de l'État alors que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir la demande de règlement spéciale de l'État. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Great-West vous enverra, à votre attention, la formule de l'État appropriée au moment voulu.

Vous devez remplir les formules appropriées en prenant soin de donner tous les renseignements demandés. Annexe tous les reçus originaux à ces formules et envoyez le tout au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Great-West. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers. Aux termes du régime, vous serez remboursé de tous les frais admissibles, y compris de la partie couverte par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie. La régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire remboursera ensuite directement au régime la partie des frais couverte par celle-ci.

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger au 1 800 957-9777.

- Les demandes de règlement, visant des **frais engagés au Canada relativement aux soins paramédicaux et soins oculaires**, peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais médicaux**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M635D (f) à votre employeur. Remplissez-la en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- En ce qui concerne les **médicaments sur ordonnance**, votre employeur vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles de vos personnes à charge. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des vérifications, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

À l'expiration de votre protection, vous devez retourner à votre employeur la carte d'identité permettant le remboursement direct de vos frais de médicaments sur ordonnance.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires indiqué au **Sommaire des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le au gestionnaire du régime. Ce dernier calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet tous les 36 mois.
 - Deux examens buccaux partiels tous les 12 mois. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Deux examens parodontaux partiels tous les 12 mois.
 - Une série complète de radiographies tous les 36 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 36 mois et une radiographie panoramique tous les 36 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.
 - Un maximum de 4 pellicules de radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire tous les 12 mois.
- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, deux fois tous les 12 mois.
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de six unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Conseils d'hygiène bucco-dentaire, à raison d'une fois pendant toute la durée de la protection.

- Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.
- Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Finition d'obturations.
- Meulage interproximal des dents.
- Retouches aux contours des dents.
- Soins de restauration ordinaires, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
 - Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.

- Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des racines, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibration de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Appareils pour l'articulation temporo-mandibulaire, appareils parodontaux et appareils myofaciaux : un appareil maxillaire et un appareil mandibulaire tous les 24 mois.
- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Protection en cas de blessure accidentelle aux dents

- Traitement d'une blessure accidentelle aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident si l'état du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable au titre des frais ci-dessous.

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils d'hygiène bucco-dentaire par méthode audiovisuelle et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire; isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents.
- Hypnose ou acupuncture.
- Couronnes (autres que les couronnes préfabriquées), ponts ou prothèses amovibles, réparation de ponts ou de prothèses amovibles.

- Soins orthodontiques.
- Traitement de blessures accidentelles aux dents effectué plus de 12 mois après l'accident, réparation ou remplacement de prothèses amovibles, soins orthodontiques.
- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime collectif privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection en vertu d'un régime collectif.
- Soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus.
- Correction de la dimension verticale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant les **frais engagés au Canada** peuvent être présentées en ligne. Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur, et faites-la remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date des soins.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins.

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de salarié et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :
 1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
 2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
 3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
 4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.

SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE SOUTIEN LIÉ AU TRAITEMENT (RÉSEAU BEST DOCTORS^{MD})

Ce service est conçu pour permettre l'accès à l'avis de spécialistes, à des ressources, à des renseignements ainsi qu'à des directives cliniques.

Vous, une personne à votre charge ainsi que votre médecin traitant, ou celui d'une des personnes à votre charge, pouvez vous prévaloir de ce service si le médecin pose un diagnostic d'une maladie ou d'une affection physique grave pour laquelle il y a des preuves objectives, ou si la personne couverte ou son médecin traitant soupçonne qu'elle en est atteinte. Le Réseau Best Doctors propose une démarche unique et méthodique afin de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à une maladie ou à une affection physique grave. Cette démarche peut inclure la confirmation du diagnostic et la proposition du plan de traitement le plus efficace par un professionnel inscrit dans la base de données mondiale du Réseau Best Doctors, laquelle compte plus de 50 000 spécialistes renommés et reconnus dans leur domaine.

Fonctionnement du service

- Pour accéder aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement, il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-BEST (2378).
- L'appelant est alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de son dossier et lui apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement aux antécédents médicaux de la personne couverte et répond à toutes les questions de l'appelant. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements fournis, le conseiller détermine le niveau optimal de service à offrir.

- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre aux besoins de la personne couverte en matière de santé, et trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans la collectivité.
- Lorsqu'il le juge approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux de la personne couverte afin d'aider à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la synthèse des dossiers médicaux, la reprise des tests de spécimens pathologiques et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à l'appelant. En général, le processus prend de six à huit semaines. Les échéanciers peuvent varier selon la complexité du cas et le nombre de dossiers médicaux à évaluer.
- Si la personne couverte choisit de recevoir un traitement d'un autre médecin, le conseiller peut l'aider à trouver un spécialiste en mesure de répondre à ses besoins particuliers en matière de soins médicaux. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.

- Si la personne couverte décide de se faire traiter à l'extérieur du pays, le conseiller peut lui obtenir les recommandations médicales dont elle a besoin et effectuer les réservations pour l'hébergement. Il peut aussi l'aider à avoir accès à des services hospitaliers et médicaux à des prix réduits, s'occuper de la transmission des renseignements médicaux et suivre de près le processus de traitement. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste du Réseau Best Doctors en mesure de répondre à des questions de base sur les problèmes de santé et les possibilités de traitement. L'appelant recevra les réponses dans un rapport écrit qui lui sera envoyé par courriel.

Ces services ne sont pas assurés. La Great-West n'est donc pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.