

Avantages sociaux pour retraités

Résumé de la couverture offerte

Janvier

2019



Table des matières

Introduction	5
Primes à payer et coordonnées	5
Admissibilité et inscription	6
Quand la couverture prend-elle fin?	7
Résumé des avantages sociaux pour retraité	8
Assurance pour soins médicaux	9
Couverture pour soins dentaires	14
Présenter une demande de règlement	21
Coordonnées	23



Copyright © 2019
L'Église Unie du Canada
The United Church of Canada

Le contenu de cette ressource est autorisé sous la **Licence d'attribution non commerciale - sans œuvres dérivées (by-nc-nd)** de Creative Commons.

Pour consulter cette licence, voir le site <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.fr>. Tout exemplaire de la présente ressource doit inclure l'avis de droit d'auteur de l'Église Unie du Canada et la licence Creative Commons.

www.egliseunie.ca

Introduction

Au moyen des régimes d'assurance collective, l'Église Unie du Canada s'efforce de pourvoir, de façon raisonnable et adéquate, aux besoins de tous les membres du régime et de leur famille durant leurs années de service actif au sein de l'Église. Lorsqu'ils cessent de travailler pour l'Église pour prendre leur retraite, les membres peuvent choisir de se prévaloir d'une autre couverture au titre du régime d'assurance collective pour retraités.

Veillez lire cette brochure attentivement et en entier parce que la couverture des régimes d'assurance pour soins médicaux et dentaires pour retraités diffère grandement de celle que vous aviez comme membre actif.

La présente brochure décrit les principales caractéristiques du régime d'assurance collective destiné aux retraités. La couverture offerte est exposée en détail dans le document de référence qui se trouve à l'Unité des ministères et de l'emploi, au Bureau du Conseil général de l'Église Unie du Canada.

Régimes de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux

Les régimes d'assurance collective de l'Église Unie visent à compléter les assurances et les prestations offertes dans le cadre des régimes provinciaux. Il s'agit de faire en sorte que les membres disposent d'une protection combinée de niveau similaire, quel que soit le lieu où ils résident au Canada.

Primes à payer et coordonnées

Assurance-vie

Vous ne payez pas de primes pour votre couverture d'assurance-vie. La prime est versée par les employeurs qui participent aux régimes d'assurance collective pour membres actifs de sorte que cela devient pour vous un avantage imposable.

Prestations pour soins médicaux et dentaires

Pour vous renseigner sur les taux en vigueur et sur l'admissibilité au régime, ou pour connaître l'état d'une demande de règlement autre que pour des soins médicaux ou dentaires, veuillez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie :

Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie

Téléphone sans frais : 1-855-647-8222

Courriel : benefits@united-church.ca

Veillez adresser vos demandes de renseignement par écrit et les formulaires remplis à :

L'Église Unie du Canada

Centre d'avantages sociaux

3250, rue Bloor O., bureau 200

Toronto (Ontario) M8X 2Y4

Assurez-vous d'avoir votre numéro d'employé à portée de la main lorsque vous communiquez avec le Centre d'avantages sociaux.

Pour obtenir de l'information sur les demandes de règlement ou sur la couverture offerte pour soins médicaux et dentaires, veuillez communiquer avec le Centre du service à la clientèle de Green Shield :

Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119

Site Web : <https://www.greenshield.ca/fr-ca/accueil>

Admissibilité et inscription

Si vous mettez fin à votre service au sein de l'Église Unie du Canada à 55 ans ou plus, que vous recevez une pension — immédiate ou différée — de l'Église, et que vous aviez une couverture au titre de l'assurance collective lorsque votre service a pris fin, vous remplissez les conditions requises pour participer au régime d'assurance collective pour retraités dès que vous commencez à toucher votre pension. La participation à ce régime est facultative. Une fois que vous aurez demandé votre pension, vous aurez trois choix : adhérer, renoncer à la couverture offerte ou la refuser. La différence entre « renoncer » et « refuser » est importante. Vous pouvez renoncer à la couverture offerte si vous avez une couverture pour soins médicaux et dentaires dans le cadre d'un autre régime d'employeur. Si vous perdez une couverture d'un autre régime, vous pourriez adhérer au régime de l'Église Unie à ce moment-là. Si vous refusez la couverture, cette décision est irrévocable, et vous ne pourrez plus adhérer au régime par la suite.

Membres admissibles de votre famille

Les membres de votre famille mentionnés ci-dessous sont admissibles à l'assurance au titre de ce régime :

- **Votre conjoint-e** selon la loi en vertu d'un mariage religieux ou civil, ou d'une union de fait. Un-e conjoint-e cesse d'être un membre admissible de votre famille après un an de séparation, ou plus tôt dans le cas d'un jugement ou d'un divorce. *Exception* : le nouveau conjoint ou la nouvelle conjointe d'un membre couvert par le régime en tant que conjointe ou conjoint survivant n'est pas admissible.
- **Vos enfants non mariés** de moins de 18 ans, ou de moins de 25 ans s'ils étudient encore à plein temps (26 ans au Québec pour la couverture relative aux médicaments). Une preuve du statut d'étudiant est exigée.
- **Vos enfants non mariés** s'ils sont inaptes au travail à cause d'un handicap mental ou physique (qui a commencé alors qu'ils étaient couverts en tant qu'enfants admissibles). Une preuve d'incapacité est exigée.

Changement de statut

Une fois que vous êtes inscrit-e au régime, vous ne pouvez pas modifier votre couverture (passer de *célibataire* à *famille* ou de *famille* à *célibataire*) à moins que l'un des événements suivants vous rendant admissible ne survienne dans votre vie :

- nouveau conjoint ou nouvelle conjointe (mariage ou union de fait);
remarque : cela ne s'applique pas à une conjointe ou un conjoint survivant.
- nouvel enfant à charge admissible;
- perte du conjoint ou de la conjointe (mariage ou union de fait);
- perte d'un enfant, ou fin de l'admissibilité d'un enfant;
- divorce ou séparation d'un an, ou le conjoint ou la conjointe de fait n'est plus admissible;
- acquisition par le conjoint ou la conjointe d'une couverture équivalente en vertu d'un autre régime d'employeur;
- perte du droit à la couverture accordée en vertu d'un autre régime d'employeur.

Vous devez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie pour apporter des changements à votre couverture dans un délai de 60 jours suivant le changement de statut. Les rectifications entreront en vigueur le premier jour du mois suivant l'avis de changement.

Quand la couverture prend-elle fin?

Dans tous les cas, le fait de ne pas verser la prime d'assurance entraînera la résiliation de votre couverture.

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle votre pension cesse de vous être versée;
- date à laquelle le régime prend fin ou
- date à laquelle vous entreprenez un service actif dans les forces armées de tout pays, de tout État ou de toute organisation internationale.

L'assurance des **membres admissibles de votre famille** prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle le régime prend fin;
- dernier jour de votre assurance;
- date à laquelle la personne cesse d'être un membre admissible de votre famille (selon la définition) ou un survivant admissible, ou à laquelle elle décède;
- date à laquelle la personne entreprend un service actif dans les forces armées de tout pays, de tout État ou de toute organisation internationale;
- date à laquelle vous choisissez de mettre fin à la couverture des membres admissibles de votre famille au moment d'un changement de statut;
- un an après la date de la séparation ou du divorce, selon la première de ces deux éventualités.

Résumé des avantages sociaux pour retraités

L'assurance pour soins médicaux est assujettie à des limites *raisonnables et habituelles* et à des franchises. Ce qui suit est un résumé des avantages sociaux pour retraités seulement; le document de référence qui se trouve à l'Unité des ministères et de l'emploi, au Bureau du Conseil général de l'Église Unie du Canada, prévaut en cas de divergence entre le document de référence et la présente brochure d'information.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Assurance-vie*	Pour présenter une demande de règlement : procurez-vous un formulaire auprès du Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie. Les chèques de règlement seront envoyés directement au bénéficiaire de l'assuré ou à sa succession.	3 000 \$	Aucune couverture pour les membres admissibles de la famille.
Soins médicaux**		3 000 \$ par personne et par année civile; maximum global à vie de 50 000 \$ par famille***	Franchise de 150 \$ par famille et par année civile (ne s'applique pas aux médicaments), plus 5 \$ par ordonnance
Soins dentaires**	Le remboursement se base sur la version la plus récente du guide des tarifs. Quant aux provinces pour lesquelles il n'y a pas de guide des tarifs, les normes de l'industrie s'appliquent.	3 000 \$ par personne et par année civile; maximum global à vie de 50 000 \$ par famille***	Franchise de 150 \$ par famille et par année civile pour les catégories 1 et 2 combinées; franchise de 150 \$ par famille et par année civile pour les dépenses de catégorie 3**

* À noter : les membres retraités qui ont été assurés pour 500 \$ en tant que *prestation acquittée* au titre du régime de l'Église en vigueur avant juillet 1981 bénéficient aussi d'une assurance-vie temporaire de 2 500 \$, pour un montant total de 3 000 \$.

** *Coassurance pour soins médicaux et dentaires* : reportez-vous aux tableaux des pages 9 à 14 pour les remboursements de frais médicaux, et aux tableaux des pages 15 à 19 pour les remboursements de frais dentaires.

*** Une fois que le maximum à vie sera atteint, on vous remboursera vos dépenses jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année civile. Les membres peuvent demander un rétablissement complet du maximum à vie à condition d'obtenir d'un médecin un document attestant qu'ils sont en bonne santé. Veuillez communiquer avec l'Unité des ministères et de l'emploi, au Bureau du Conseil général, au 1-800-268-3781, poste 3161, si vous avez besoin d'autres renseignements.

Détermination préalable de la protection offerte : si le traitement médical ou dentaire projeté doit dépasser 300 \$, nous vous recommandons fortement de transmettre l'information sur le traitement proposé à Green Shield afin que l'on puisse déterminer ce qui est couvert avant le début du traitement. Green Shield vous indiquera précisément quelle partie de vos dépenses vous sera remboursée par le régime.

Assurance pour soins médicaux

L'assurance pour soins médicaux est assujettie à des limites *raisonnables et habituelles* et à des franchises. Les franchises s'élèvent à 150 \$ par famille et par année civile, et à 5 \$ par ordonnance.

Si l'on vous prescrit un médicament de marque alors qu'il existe un équivalent générique (moins cher), seul le coût de l'équivalent générique sera couvert (à 80 %), à moins que votre médecin ne précise que le médicament de marque est requis.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Service d'ambulance dans les limites de la province de résidence	Transport terrestre, aérien ou ferroviaire du lieu où la blessure est subie jusqu'au premier hôpital traitant, ou de l'hôpital à un autre hôpital	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, à la suite d'une mastectomie	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Bas de contention	2 paires par personne par année civile	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée. Sous réserve de l'approbation de Green Shield, selon le degré de contention requis.
Traitements dentaires	Réalisés par un dentiste afin de réparer promptement 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 partir de la date de l'accident et être terminé dans un délai de 6 mois après la date de l'accident.	Couverture à 80 %	
Fournitures pour diabétiques	Par exemple : glycomètre et lancettes	Couverture à 80 %	Peut exiger une lettre du médecin.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Médicaments : seuls les médicaments qui exigent une ordonnance selon la loi et qui portent un numéro d'identification (DIN) pourront faire l'objet d'un remboursement.	Voir le chapitre intitulé <i>Présenter une demande de règlement</i> (p. 20) en ce qui concerne l'utilisation de la carte d'identité. Pour les achats en gros, seule une provision de 100 jours à la fois pour tout médicament sera couverte.	Couverture à 80 %*	Une lettre du médecin est exigée, déclarant qu'un médicament de marque est nécessaire pour des raisons médicales alors qu'il existe un médicament générique.
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 la vie en danger, et être vendus par un pharmacien.	Couverture à 80 %*	Une lettre du médecin est exigée.
Équipement médical durable	Tel que fauteuils roulants, marchettes, 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 de l'équipement est couverte. Il se peut qu'on préfère une réparation plutôt qu'un achat, si la réparation offre un bon rapport coût-efficacité.
Médicaments contre la stérilité		Couverture à 80 %	Maximum à vie de 3 500 \$ par personne
Appareils auditifs	Le coût, l'installation et la réparation sont couverts pour un appareil standard par oreille, par 36 mois consécutifs.	Couverture à 80 %	Une lettre de l'audiologiste ou du médecin est exigée. Les frais relatifs aux embouts auriculaires ne sont pas couverts.

* Si l'on vous prescrit un médicament de marque alors qu'il existe un équivalent générique (moins cher), seul le coût de l'équivalent générique sera couvert (à 80 %), à moins que votre médecin ne précise que le médicament de marque est requis.

** Détermination préalable de la protection offerte : si le traitement prévu doit dépasser 300 \$, nous vous recommandons fortement de transmettre l'information sur le traitement à Green Shield afin que l'on puisse déterminer ce qui est couvert avant le début du traitement. Green Shield vous dira indiquera quelle partie de vos dépenses sera couverte par le régime.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Séjour à l'hôpital	Il n'y a aucune couverture relativement à un séjour en chambre à deux lits ou privée.		
Services infirmiers à domicile	Services fournis par une infirmière ou par une infirmière auxiliaire seulement	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée. Les services ménagers ne sont pas couverts; l'infirmière ne doit pas résider normalement chez le membre du régime ni avoir avec cette personne des liens de parenté.
Chaussures orthopédiques sur mesure	2 paires par année civile	Couverture à 50 %	Une lettre du médecin est exigée.
Orthèses pour les pieds sur mesure		Couverture à 50 %; 250 \$ par personne par année civile.	Une lettre du médecin, du podologue ou du podiatre est exigée.
Traitement d'urgence reçu à l'extérieur de la province	Au Canada seulement. Aucune couverture pour soins médicaux d'urgence reçus à l'extérieur du pays	Couverture à 80 %; jusqu'à 162 \$ par jour pour une hospitalisation***	Aucune couverture relativement à un séjour à l'hôpital en chambre à deux lits ou privée
Services et fournitures d'hôpital pour patients externes	Certains frais facturés par l'hôpital pour l'examen ou la salle d'opération; pour les médicaments, les pansements ou les plâtres; pour l'anesthésie utilisée durant les procédures	Couverture à 80 %	

*** Cela inclut les frais facturés par un praticien médical ou un spécialiste qui excèdent le montant permis en vertu du régime de votre province de résidence habituelle, à condition que ces frais soient considérés comme raisonnables dans la région où ils ont été engagés.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Praticiens paramédicaux	Les praticiens doivent être dûment qualifiés et autorisés, et exercer leur profession dans les limites de leur permis.	Jusqu'à 25 \$ par rendez-vous avec un ou une physiothérapeute; jusqu'à 13 \$ par rendez-vous dans le cas des autres praticiens agréés et autorisés; 45,50 \$ par handicap pour une radiographie diagnostique.	Une lettre du médecin n'est pas exigée dans le cas des ostéopathes, des podiatres ou des podologues, des chiropraticiens et des naturopathes. Une lettre du médecin est exigée chaque année dans le cas des orthophonistes, des massothérapeutes, des acuponcteurs ou des physiothérapeutes.
Soutien-gorge post-mastectomie	3 paires par personne par année civile	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Produits de désaccoutumance du tabac	Maximum à vie de 500 \$ par personne	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Perruques et postiches	Rendus nécessaires à cause d'une perte de cheveux due à un problème de santé ou à un traitement médical.	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.

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

- les frais qui n'auraient pas été facturés s'il n'y avait pas eu d'assurance;
- les frais qui sont déjà couverts ou payés par tout gouvernement;
- les frais relatifs à des soins, des traitements, des services ou des fournitures 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, des traitements, des services ou des fournitures facturés pour tout traitement, toute inoculation ou tout examen demandé par un groupe ou un employeur;
- les frais relatifs aux examens de la vue ou aux lunettes;
- les frais facturés par les foyers de soins infirmiers ou les maisons de convalescence;
- le type de chambre d'hôpital choisi;
- les frais relatifs aux fournitures pour incontinents (les cathéters sont couverts);
- les frais relatifs aux piles pour équipement médical durable ou aux appareils auditifs;
- les frais d'analyses de laboratoire et d'analyses sanguines.
- les protections interdites par la loi ne seront pas payées.

Couverture pour soins dentaires

L'assurance pour soins dentaires est assujettie à des limites *raisonnables et habituelles* et à des franchises. Ce qui suit est un résumé des avantages sociaux pour retraités uniquement; le document de référence, qui se trouve à l'Unité des ministères et de l'emploi, au Bureau du Conseil général de l'Église Unie du Canada, prévaut en cas de divergence entre le document de référence et la présente brochure d'information.

Détermination préalable de la protection offerte : si le traitement prévu doit dépasser 300 \$, nous vous recommandons fortement de transmettre l'information sur le traitement à Green Shield afin que l'on puisse déterminer ce qui est couvert *avant* le début du traitement. Green Shield vous indiquera quelle partie de vos dépenses sera couverte par le régime.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Soins dentaires*	Le remboursement se base sur la version la plus récente du guide des tarifs. Quant aux provinces pour lesquelles il n'y a pas de guide des tarifs, les normes de l'industrie s'appliquent.	3 000 \$ par personne par année civile	Franchise de 150 \$ par famille et par année civile pour les catégories 1 et 2 combinées; franchise de 150 \$ par famille et par année civile pour les dépenses de catégorie 3**

* *Coassurance pour soins dentaires* : remboursement à 80 % des dépenses admissibles de catégories 1 et 2; remboursement à 50 % des dépenses admissibles de catégorie 3.

** *À noter* : pour tout travail relatif à une couronne ou à un pont réalisé par votre dentiste, Green Shield se réserve le droit d'appliquer une protection de rechange et pourrait ne rembourser que les dépenses engagées jusqu'à concurrence du coût d'un autre traitement qui aurait été approprié (par ex., une restauration en surface).

Catégorie 1 : Services de prévention

Ce qui suit est assujéti à la franchise et aux limites **raisonnables et *habituelles.*

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Examen oral complet	Plus détaillé qu'un examen de rappel : 1 examen dentaire complet par personne au cours d'une période de 24 mois consécutifs	Couverture à 80 %	
Examen oral	Examen oral et diagnostique : limite de 1 par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs	Couverture à 80 %	
Nettoyage dentaire	Une unité de temps au cours d'une période de 9 mois consécutifs	Couverture à 80 %	1 unité de temps = 15 minutes
Détartrage	Comprend le surfaçage radiculaire et l'équilibration; limite de 6 unités de temps par année civile	Couverture à 80 %	1 unité de temps = 15 minutes
Traitement au fluorure	Application topique de fluorure de sodium ou d'étain; personnes de moins de 18 ans seulement, tous les 9 mois	Couverture à 80 %	
Radiographies dentaires	Radiographie interproximale : une fois 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 les prémolaires permanentes, personnes de moins de 18 ans seulement; une fois par dent au cours d'une période de 3 ans	Couverture à 80 %	

Catégorie 2 : Services courants

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Anesthésiques	Administrés dans le cadre d'une opération de 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 temporo-mandibulaire (ATM) ou le bruxisme (grincement des dents)	Couverture à 80 %	Sont exclus : appareils servant aux activités sportives (protège-dents) et appareils orthodontiques (broches)
Prothèses dentaires	Réparation, rebasage et regarnissage	Couverture à 80 %	
Traitement endodontique	Comprend les traitements de canal	Couverture à 80 %	
Extractions et chirurgie buccale	Comprend l'excision des dents incluses.	Couverture à 80 %	
Obturations	Comprend les obturations blanches sur les dents de devant	Couverture à 80 %	
Injections	Médicaments antibiotiques administrés par un dentiste	Couverture à 80 %	
Mainteneurs d'espace et couronnes en acier inoxydable		Couverture à 80 %	Personnes de moins de 18 ans; seulement lorsqu'il est impossible de restaurer une dent de lait à l'aide de matériaux de restauration usuels
Traitement des lésions parodontales	Maladies parodontales et autres maladies des gencives et des tissus de la bouche	Couverture à 80 %	

Catégorie 3 : Services majeurs

Nous vous recommandons de demander à Green Shield une **détermination préalable de la protection offerte*** avant d'engager cette catégorie de dépenses.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Couronnes, incrustations avec recouvrement, obturations en or et installation initiale de ponts fixes	Comprend les couronnes et les incrustations avec recouvrement servant à former des points d'appui; pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles	Couverture à 50 %	Couvertes seulement lorsque ces procédures sont employées pour que les dents naturelles puissent retrouver leur fonction lorsque cela ne peut pas se faire à l'aide d'obturations.
Réparation ou recimentation des couronnes, des incrustations avec recouvrement ou des ponts		Couverture à 50 %	
Remplacement de couronnes, d'incrustations avec recouvrement ou de ponts	Seulement si la restauration actuelle ne fonctionne plus.	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; il se peut que les ajustements soient aussi 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. Ni la personnalisation ni l'individualisation ne sont couvertes.
Prothèses dentaires : remplacement de prothèses amovibles partielles ou complètes existantes ou de ponts fixes existants	Si la prothèse ou le pont existants ont été installés au moins 5 ans avant et qu'il est impossible de les rendre fonctionnels.	Couverture à 50 %	Inclut le remplacement d'un pont ou d'une prothèse temporaires dans un délai de 3 mois après son installation.

* **Détermination préalable de la protection offerte** : si le traitement prévu dépasse 300 \$, nous vous recommandons fortement de transmettre l'information sur le traitement à Green Shield pour qu'on puisse déterminer ce qui est couvert *avant* le début du traitement. Green Shield vous indiquera quelle partie de vos dépenses vous sera remboursée par le régime.

Type de protection	Détails	Couverture	Autres informations
Ajout de dents à une prothèse dentaire ou un pont existants	Pour remplacer des dents naturelles extraites après l'installation de la prothèse dentaire ou du pont existants	Couverture à 50 %	Communiquez avec Green Shield pour connaître les autres exigences en matière d'admissibilité, par ex., le pont ou la prothèse doit avoir au moins 5 ans.
Implants	Pour une couronne ou une prothèse liée à un implant, la protection payée est la même que pour une couronne soutenue par une dent ou pour une prothèse non liée à un implant, respectivement, en prenant en considération les limites qui auraient été appliquées s'il n'y avait pas eu d'implant.	Couverture à 50 %	

Remarque : toutes les prothèses doivent être installées ou livrées dans un délai de 90 jours après la fin de la couverture.

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

- 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 un gouvernement ou par un autre régime d'employeur;
- les services et les fournitures relatifs à une reconstruction complète de la bouche, à une correction de la dimension verticale, ou au diagnostic ou à la correction d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire (sauf les services et les fournitures susmentionnés);
- tous frais facturés par un hôpital relativement à une blessure ou à une maladie touchant 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 vous informer de la politique en vigueur à ce sujet auprès du cabinet de votre dentiste.**

Présenter une demande de règlement

Demande de règlement en vertu d'une assurance-vie

Procurez-vous un formulaire de demande de règlement d'assurance-vie en communiquant avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie. Les chèques de règlement seront envoyés directement au bénéficiaire ou à sa succession. La demande de règlement doit être présentée dans un délai de six mois suivant la date du décès.

Demande de remboursement pour médicaments et soins dentaires

Étape 1 : Carte d'identité Green Shield

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

Si vous ne pouvez pas utiliser votre carte d'identité à votre pharmacie ou chez le dentiste, vous devez soumettre un formulaire de demande de règlement à Green Shield, à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Inscrivez-vous sur le site Web de Green Shield (<https://greenshield.ca/fr-ca>) pour vous prévaloir de tous les services que cet assureur met à votre disposition, y compris le dépôt direct des remboursements.

Étape 2 : Formulaire de demande de règlement

Le formulaire de demande de règlement exige la signature du membre ou du membre admissible de la famille qui présente la demande. Il est possible de se procurer le formulaire sur le site Web de Green Shield ou en communiquant avec l'assureur. Envoyez le formulaire directement à Green Shield. **Dans tous les cas, il est prudent de faire des copies de tous les reçus transmis à Green Shield Canada.**

- **Faites des photocopies de tous les reçus et joignez les originaux au formulaire.**

Dans les provinces qui exigent que l'on soumette les originaux au régime provincial d'assurance-médicaments, les copies sont acceptables.

- Joignez une lettre du médecin si c'est exigé.
- **Signez le formulaire.**

Une demande de règlement peut être soumise jusqu'à 12 mois après la date à laquelle le service a été reçu.

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

Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119

Site Web : <https://greenshield.ca/fr-ca>

Étape 3 : Coordination de l'assurance pour soins médicaux et dentaires

Si vous disposez d'une couverture additionnelle parce que votre conjoint-e est membre d'un autre régime de soins médicaux et dentaires, il est possible de coordonner les garanties offertes. Selon cette disposition, le régime de l'Église Unie sera votre premier payeur, et vous pourrez présenter une demande de règlement pour tout montant restant pouvant être réclaté dans le cadre de l'autre régime qui vous couvre. Le remboursement résultant de la coordination des régimes ne pourra jamais dépasser 100 % des dépenses permises. Pour modifier les renseignements de coordination qui sont en dossier, veuillez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie.

Pour coordonner vos demandes de règlement, vous devez transmettre au deuxième assureur « l'explication des prestations » que vous recevez du premier assureur (dans votre cas, il s'agit de Green Shield) accompagné d'un formulaire de demande de règlement, ainsi que les reçus correspondant à vos dépenses. Votre conjoint-e peut en faire autant en soumettant à Green Shield une « explication des prestations » accompagnée des reçus correspondant à ses dépenses.

Vous devez soumettre les dépenses engagées pour vos enfants admissibles d'abord au régime du parent dont la date de naissance (mois/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.

Coordonnées

Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie

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

Courriel : benefits@united-church.ca

Lorsque vous communiquez avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie, assurez-vous d'avoir votre numéro d'employé à portée de la main.

Centre de service à la clientèle de Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119

Site Web : <https://greenshield.ca/fr-ca>

L'Église Unie du Canada

Unité des ministères et de l'emploi

3250, rue Bloor Ouest, bureau 300

Toronto (Ontario) M8X 2Y4

Téléphone : 1-800-268-3781, poste 3161 (région du Grand

Toronto : 416-231-5931, poste 3161)

Courriel : MinistryandEmployment@united-church.ca