

RÉGIME RÉSIDENTIEL D'ASSURANCE-MALADIE ET DE BIEN-ÊTRE DE CARPENTERS



RÉGIME AMÉLIORÉ RÉSUMÉ DES GARANTIES

À JOUR EN DATE DU 1ER JANVIER 2021

WWW.CARPENTERSRESIDENTIAL.CA



INTRODUCTION

Le présent résumé des garanties est un document de référence officiel qui résume les principales caractéristiques des prestations fournies aux participants admissibles au régime de prestations améliorées du Régime résidentiel amélioré d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters. Pour de plus amples renseignements sur le régime amélioré (y compris les règles d'admissibilité et les exclusions et limites des prestations), veuillez vous reporter à la brochure d'information à l'intention des participants au régime amélioré.

Le fonds résidentiel d'assurance-maladie et de bien-être, le fonds de services juridiques, le fond d'indemnité de vacances de Carpenters Local 1030 et tous les régimes d'avantages sociaux associés (y compris la prestation pour deuil ou congé parental) de Carpenters sont régis par des Conseils de fiduciaires nommés par la section locale 27 de Carpenters & Allied Workers et Carpenters Local 1030.

Les Conseils de fiduciaires des fonds et régimes applicables se réservent le droit de modifier les régimes connexes à leur entière discrétion, selon ce qu'ils jugent approprié et ce qui est permis par la loi. Toute modification apportée à tout régime sera communiquée aux participants au régime et sont réputées modifier le présent résumé des garanties du régime et la brochure à l'intention des participants au régime.

La prestation d'assurance-vie décrite dans le présent résumé des garanties et les droits qui s'y rattachent sont régis par les dispositions de la police numéro 10042 de la Financière Manuvie (anciennement la police numéro 901857). La prestation en cas de décès ou mutilation par accident décrite dans le présent résumé des garanties et les droits qui s'y rattachent sont régis par les dispositions de la police numéro AB10403501 de la Compagnie d'assurance-vie CHUBB du Canada. La prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence est fournie et administrée par Green Shield Canada(GSC). Le programme d'aide aux participants au régime est fourni et administré par le Programme d'aide aux employés de Services à la famille (FSEAP).

Toutes les autres prestations décrites dans le présent résumé des garanties et les droits qui s'y rattachent sont régis par les dispositions du texte du régime applicable. Ces régimes et ces prestations sont fournis sur une base non assurée et autofinancée, tous les paiements de prestations étant réalisés directement à partir des actifs du fonds fiduciaire applicable.

Les polices d'assurance, les contrats et les textes applicables du régime constituent une partie des documents officiels du régime, que l'on peut se procurer au bureau d'administration du régime. Le présent résumé des garanties ne constitue pas un document juridique, une police d'assurance ou un contrat, et n'accorde ni ne confère aucun droit contractuel.

Le Conseil de fiduciaires a retenu les services de Employee Benefit Plan Services Limited à titre d'administrateur du régime pour gérer des éléments du régime d'assurance-maladie et de bien-être, y compris l'administration du régime et le paiement des demandes de règlement pour certaines garanties du régime. Le bureau d'administration du régime peut répondre à toute question portant sur les prestations du régime ou sur les règles du régime.

Veillez lire attentivement ce résumé des garanties et le conserver dans un endroit sûr avec brochure à l'intention des participants au régime pour consultation ultérieure. Un tableau de survol des garanties est joint à la fin du présent résumé des garanties à titre de synthèse pratique.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

Sous réserve des limites et des exclusions énoncées dans les documents officiels du régime et décrites dans le présent résumé des garanties, les participants admissibles au régime et leurs personnes à charge admissibles (le cas échéant) ont droit aux garanties du régime amélioré décrites dans les pages suivantes.

Il se peut que le régime ne couvre pas toutes les dépenses que vous souhaitez voir remboursées par le régime. Le régime est conçu de manière à offrir la gamme de couvertures la plus large possible qui convient aux participants au régime. Au fil du temps, de nouveaux médicaments et traitements seront disponibles dans le milieu des soins de santé et les fiduciaires se réservent toujours le droit de couvrir ou de ne pas couvrir ces médicaments et d'ajouter des restrictions ou des exclusions à la couverture du régime.

PRESTATION D'ASSURANCE-VIE

Participant au régime : 150 000 \$

PRESTATION D'ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

Conjoint : 50 000 \$

Chaque enfant à charge : 10 000 \$

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Participant au régime :	Capital assuré	200 000 \$
	Prestation versée en cas d'invalidité permanente et totale	200 000 \$
	Prestation versée en cas de décès et mutilation par accident au travail	100 000 \$
Conjoint :	Capital assuré	50 000 \$
Chaque enfant à charge :	Capital assuré	10 000 \$

PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE

Participant au régime : 10 000 \$ pour 4 maladies graves particulières admissibles

PRESTATION D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

L'indemnité hebdomadaire maximum est de 500 \$ par semaine. Les prestations versées sont intégrées aux garanties de maladie de l'assurance-emploi. Pour être admissible à l'indemnité hebdomadaire, le participant au régime doit être « entièrement invalide » (comme défini dans la brochure à l'intention des participants au régime et dans le texte du régime).

Les indemnités hebdomadaires sont payables à compter du premier jour d'un accident, ou après une période d'hospitalisation de 24 heures, ou le huitième jour de maladie, pour une période maximale de 26 semaines consécutives pour une cause d'invalidité donnée.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

La prestation d'invalidité de longue durée maximum est de 1 000 \$ par mois. Pour être admissible, le participant doit être âgé de moins de 65 ans et être « totalement invalide » (comme défini dans la brochure à l'intention des participants au régime et dans le contrat d'assurance) pendant une période continue de 182 jours consécutifs. Les prestations d'invalidité de longue durée sont payables jusqu'à ce que l'employé atteigne l'âge de 65 ans, se rétablisse ou décède, selon la première éventualité.

PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Franchise :	Aucune	
Remboursement :	100 % pour tous les services et fournitures admissibles.	
Maximum global :	Illimité	
Médicaments d'ordonnance :	Les médicaments sur ordonnance admissibles doivent disposer d'un numéro d'identification du médicament (DIN) et d'un certificat de conformité, tous deux délivrés par Santé Canada.	
Remboursement :	Selon le coût admissible le moins élevé entre un médicament de marque et son équivalent générique (lorsqu'un équivalent générique est disponible).	
Médicaments Biologique/bioéquivalent :	Le remboursement est fondé sur l'autorisation préalable du coût le moins élevé. entre un médicament biologique ou son médicament bioéquivalent (lorsque disponible).	
Maximums pour les médicaments:	Traitement à la méthadone 1 000 \$ à vie; dysfonction érectile 500 \$ par année; médicaments contre la stérilité 2 500 \$ à vie; cessation du tabagisme 400 \$ à vie.	
Soins de la vue	Verres, montures et cornéennes :	Maximum de 400 \$ pour une période de 24 <i>lentilles</i> mois consécutifs. Comprend les lunettes de sécurité sur ordonnance et les lunettes de soleil sur ordonnance.
	Lunettes de sécurité industrielles :	Maximum de 200 % pour une période de 24 mois consécutifs (participants au régime seulement).
	Correction de la vue au laser :	2 000 \$ à vie
	Examens de la vue :	1 examen de la vue tous les 12 mois.
Professionnels Paramédicaux	Maximum de 500 \$ par professionnel par année civile pour un chiropraticien, psychologue, massothérapeute autorisé, orthophoniste, physiothérapeute, naturopathe, ostéopathe, or podiatre.	
Prothèses auditives :	Prestation maximum de 500 \$ par période de 36 mois consécutifs pour l'achat de prothèses auditives (piles non couvertes).	
Orthèses plantaires	Prestation maximum de 500 \$ par période de 24 mois pour les orthèses qui ont été spécialement conçues et moulées pour la personne assurée et qui sont nécessaires pour corriger une déficience physique diagnostiquée.	

Autres fournitures et services médicaux	Ambulance, soins de convalescence, soins dentaires accidentels, équipement médical durable (lit d'hôpital, fauteuil roulant, appareils orthopédiques, béquilles) prothèses, radiographies, analyses de laboratoire, bas de contention.
Soins infirmiers privés	10 000 \$ par année civile.

PRESTATION D'ASSISTANCE-VOYAGE EN CAS D'URGENCE

Le régime offre une couverture de voyage pour une **urgence médicale** (en complément de votre régime d'assurance-maladie provincial/territorial) et des services d'assistance voyage aux participants au régime et aux personnes à charge admissibles qui sont **résidents canadiens, âgés de moins de 65 ans et dûment inscrits au régime d'assurance-maladie de leur province**, et qui se trouvent temporairement à l'extérieur de leur province de résidence à des fins de vacances, d'affaires ou d'études.

Il convient de lire et comprendre les règles de la présente prestation avant le départ. La prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence comprend des exigences, des limites et des exclusions qui peuvent avoir une incidence sur votre admissibilité ou sur le remboursement des dépenses médicales engagées.

Veillez consulter la section sur la prestation d'assistance-voyage en cas d'urgence de la brochure à l'intention des participants au régime pour obtenir davantage de renseignements sur les règles régissant cette garantie. Tous les services d'assistance-voyage en cas d'urgence (fournis par Green Shield Canada [GSC]) sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Il convient de prendre contact avec le service d'assistance-voyage de GSC avant tout départ vers une destination quelconque, afin vous assurer que vous ou vos personnes à charge répondez aux conditions d'admissibilité de la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence et que la destination est un pays où la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence sera fournie.

Pour obtenir de l'aide, veuillez prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC au Canada et aux États-Unis 1 800 265-9977, ou appeler à frais virés au 1-519-741-8450 de tout autre endroit. La carte de prestations du régime comprend tous les renseignements nécessaires sur le régime et d'autres renseignements pour communiquer avec le service d'assistance-voyage de GSC afin de discuter d'un voyage projeté, de votre admissibilité à la couverture ou de celle de votre personne à charge, de présenter une demande de règlement pour une urgence médicale ou de recevoir une assistance-voyage ou d'autres renseignements sur votre voyage.

Maximums de la couverture d'assistance-voyage en cas d'urgence

5 000 000 par personne assurée, par incident.

La durée maximum d'un voyage est de 60 jours consécutifs par voyage.

Services d'assistance-voyage en cas d'urgence

La couverture est fournie pour une gamme de services spécifiques d'assistance-voyage et de conseils.

Maximum de la couverture pour aiguillage médical

50 000 \$ par personne assurée, par année civile (exige une autorisation préalable).

Il est extrêmement important de prendre contact avec l'assistance-voyage de GSC avant d'obtenir un traitement médical d'urgence (si possible), ou de demander à quelqu'un d'appeler au nom de la personne assurée dans les 48 heures si la personne assurée est incapable d'appeler pour des raisons médicales.

Le terme « **urgence** » désigne une blessure, une maladie ou un épisode aigu de maladie soudaine et inattendue qui nécessite des soins médicaux immédiats et qui n'aurait pas pu être raisonnablement prévu en raison de l'état de santé antérieur du patient.

Aucun état de santé **préexistant** ne doit être présent. L'état médical de la personne assurée doit être **stable** pendant la période de 90 jours précédent le départ.

GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Franchise : Aucune

Remboursement : 100 % pour les services dentaires de base.
60 % pour les services dentaires majeurs.
60 % pour les services d'orthodontie.

Guide des tarifs de soins dentaires Les prestations de soins dentaires sont remboursées selon le guide des honoraires suggérés de l'association dentaire en vigueur à la date à laquelle les frais sont engagés, dans la province ou le territoire où le service est rendu.

Prestation maximum pour frais dentaires par participant au régime et par personne à charge admissible

Services dentaires de base et majeurs : 3 500 \$ par année civile pour les services de base et les services majeurs combinés,

Services d'orthodontie : 2 500 \$ à vie. Seulement pour les enfants à charge de moins de 19 ans. Plan préalable au traitement requis.

Services de base Diagnostic, prévention, restauration, chirurgie, obturations, anesthésie, 1 série complète de radiographies, 1 série de radiographies interproximales, polissage, traitement topique au fluorure, détartrage parodontal.

Examens de rappel : 1 examen de rappel tous les 6 mois.

Examens complets : 1 examen buccal complet tous les 24 mois.

Services majeurs : Couronnes, bridges, prothèses dentaires, remplacement de ponts/prothèses couverts tous les 5 ans.

PRESTATION DU PROGRAMME D'AIDE AUX PARTICIPANTS

Des services confidentiels de counseling, d'information, de conseils et d'aiguillage sont offerts aux participants au régime et à leurs personnes à charge admissibles. Les services sont fournis par le FSEAP 24 heures par jour, tous les jours de l'année. Veuillez prendre contact directement avec le FSEAP au 1 800 668-9920, ou en ligne au www.myfseap.com (Nom du groupe : toloc27map/mot de passe : myfseap1).

PRESTATION DE SURVIVANT

Au décès d'un participant admissible au régime, les personnes à charge survivantes admissibles (p. ex. conjoint ou enfants) continueront d'être couvertes en vertu du régime en ce qui concerne les garanties d'assurance-maladie complémentaire, d'assistance-voyage en cas d'urgence, d'assurance frais dentaires et d'assistance aux participants pendant une période de 30 mois consécutifs qui commence une fois que le solde du compte bancaire en dollars du régime du participant a été épuisé. Aucun paiement ne sera requis pour maintenir la couverture pendant cette période de prolongation des garanties.

GARANTIE EN CAS DE CONGÉ DE DEUIL OU PARENTAL

Si vous deviez perdre un membre de votre famille admissible, vous pourriez avoir droit à un congé de deuil payé. Vous devez travailler activement, obtenir une lettre de votre employeur indiquant votre dernier jour de travail et les jours où vous n'avez pas travaillé en raison de cette situation, et fournir l'original du certificat de décès ou de la déclaration de décès. Les membres admissibles de la famille comprennent le conjoint, les enfants*, les parents*, les grands-parents, les frères et sœurs* (*ou tout autre membre de la belle famille).

La prestation est d'un maximum de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de trois jours ouvrables, et est payable à compter du premier jour de perte de revenu du fait d'un deuil, si vous étiez au travail le jour précédent.

Si vous travaillez activement et que vous avez un nouveau-né, vous pourriez avoir droit aux prestations de congé parental. Vous devez vous absenter du travail immédiatement après la naissance de votre enfant, fournir une lettre de votre employeur indiquant que vous travailliez, votre dernier jour de travail et les jours où vous n'avez pas travaillé et l'original du certificat de naissance. La prestation est d'un maximum de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de trois jours ouvrables, et est payable à compter du premier jour de perte de revenu du fait d'une naissance, si vous travailliez activement.

RÉGIME D'INDEMNITÉ DE VACANCES

Le régime fournit aux participants au régime leur droit à toute indemnité de vacances accumulées en vertu des dispositions de la convention collective applicable, chaque année de prestations. Le régime effectue un seul versement annuel régulier de l'indemnité de vacances au 1^{er} novembre de chaque année.

Les participants au régime peuvent également choisir de recevoir leur indemnité de vacances accumulées à un autre moment au cours de l'année de prestations, à condition que le paiement facultatif demandé ne soit pas effectué dans les 60 jours précédant ou suivant le 1^{er} novembre (c.-à-d. que les paiements facultatifs ne seront pas versés par le régime entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} février de l'année suivante.

RÉGIME DE SERVICES JURIDIQUES

Les garanties du régime de services juridiques visent à fournir aux participants une aide financière pour des services juridiques généraux, comme la préparation d'un testament, d'une procuration, de transactions immobilières, d'adoption, etc.

Veuillez consulter le tableau des garanties à la section du régime de services juridiques qui commence à la page de la brochure à l'intention des participants au régime pour connaître les renseignements sur les prestations annuelles maximales payables, selon le type de services juridiques utilisés. Le régime prévoit également des maximums globaux pour l'année civile pour l'ensemble des services juridiques, selon votre nombre cumulatif d'années de participation admissible au régime.

SURVOL DES GARANTIES

Les pages suivantes du présent résumé des garanties fournissent une synthèse plus précise et rapide des prestations offertes aux participants admissibles au régime et des dispositions qui s'appliquent.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE

La plupart des demandes de règlement pour l'assurance-maladie et l'assurance dentaire complémentaires du régime peuvent être présentées par votre prestataire de services en votre nom à l'aide de la carte de prestations du régime. Vous pouvez également présenter vous-même vos demandes en ligne ou directement au bureau d'administration du régime. La couverture pour certains médicaments sur ordonnance peut exiger l'autorisation préalable du régime.

PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT EN LIGNE

Inscrivez-vous en ligne au www.carpentersresidential.ca pour présenter la plupart de vos demandes de règlement au régime, par Internet.

ENVOYER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT PAR LA POSTE AU BUREAU D'ADMINISTRATION DU RÉGIME

Régimes résidentiels de prestations de Carpenters
45 McIntosh Drive
Markham (ON) L3R 8C7

ENVOYER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT PAR COURRIEL AU BUREAU D'ADMINISTRATION DU RÉGIME

benefits@carpentersresidential.ca

ENVOYER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT PAR TÉLÉCOPIEUR AU BUREAU D'ADMINISTRATION DU RÉGIME

Télécopieur : 1 905 946-2535

BUREAU D'ADMINISTRATION DU RÉGIME

Pour toute question concernant votre régime résidentiel d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters, veuillez prendre contact avec le bureau d'administration du régime.

ADRESSE POSTALE

Régime résidentiel d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters
45 McIntosh Drive
Markham (ON) L3R 8C7

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

Local : 1 905 946-9700
Sans frais : 1 800 263-3564

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

Télécopieur : 1 905 946-2535

Adresse courriel

benefits@carpentersresidential.ca

Survol des garanties du régime résidentiel d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters



Résumé des garanties améliorées du régime (en date du 1^{er} janvier 2021)

Garantie/disposition de la prestation	Couverture du régime d'assurance-maladie/règle
Dispositions générales du régime	
Prélèvement mensuel du compte bancaire en dollars	380 \$
Maximum du compte bancaire en dollars	4 560 \$ (12 mois de garanties)
Admissibilité initiale	1er jour du 2e mois, suivant le mois au cours duquel le participant a accumulé 1 140 \$ dans son compte bancaire en dollars
Rétablissement de l'admissibilité	Si le rétablissement a lieu dans les 12 mois, lorsque le compte bancaire en dollars du participant dispose de 380 \$, si le rétablissement a lieu après 12 mois, la règle d'admissibilité initiale s'applique.
Choix de formule de paiement direct (plus les taxes provinciales applicables)	Formule A — Toutes les garanties, sauf l'indemnité hebdomadaire et l'invalidité de longue durée — 300 \$ par mois* Formule B - Assurance-vie uniquement — 30 \$ par mois*
Durée du paiement direct	Maximum de 12 mois (WSIB à l'âge de 65 ans)
Définition de personne à charge — conjoint	Marié légalement, conjoint de fait avec 12 mois de cohabitation
Définition de personne à charge — enfant	Moins de 22 ans, ou moins de 25 ans s'il est étudiant dans un établissement d'enseignement
Cessation de la couverture	Retraite (à moins d'indication contraire aux dispositions de chaque garantie)
Assurance-vie	
Montant de la prestation	150 000 \$
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Assurance-vie des personnes à charge	
Montant de la prestation pour le conjoint	50 000 \$
Montant de la prestation pour les enfants	10 000 \$
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Décès ou mutilation par accident	
Montant du capital assuré pour le participant	200 000 \$
Montant du capital assuré pour le conjoint	50 000 \$
Montant du capital assuré pour les enfants	10 000 \$
Prestation pour invalidité permanente et totale	Prestation forfaitaire unique de 200 000 \$ « Toute profession » Définition de l'invalidité. Se termine à l'âge de 65 ans.
Tableau des pertes	Complète
Prestations connexes en cas de décès ou de mutilation par accident	Complète
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Décès ou mutilation par accident au travail	
	100 000 \$ - même tableau des pertes que la prestation en cas de décès ou de mutilation par accident Se termine à l'âge de 75 ans.
Maladie grave	
	Prestation forfaitaire unique de 10 000 \$ pour 4 maladies graves admissibles. Se termine à l'âge de 65 ans.
Indemnité hebdomadaire	
Montant de l'indemnité hebdomadaire	500 \$
Période de référence	1er jour d'hospitalisation. 1er jour d'accident 8e jour de maladie.
Définition d'invalidité	« Propre emploi »
Durée maximum des prestations	26 semaines
Réductions directes des prestations	Assurance-emploi
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Invalidité de longue durée	
Montant de la prestation mensuelle	1 000 \$
Période de référence	26 semaines consécutives d'invalidité totale.
Définition d'invalidité	« Propre emploi » pendant les 24 premiers mois d'invalidité, « tout emploi » après 24 mois.
Durée maximum des prestations	Jusqu'à 65 ans
Réductions directes des prestations	Prestations de la WSIB
Réductions directes des prestations	Diverses sources de revenu — toutes sources confondues 85 % de la rémunération brute avant l'invalidité.
Limites relatives aux états de santé préexistants	Les invalidités traitées dans les 90 jours précédents ne peuvent faire l'objet d'une demande au cours des 6 premiers mois.
Cessation de la couverture	À l'âge de 65 ans, ou plus tôt en cas de retraite — (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent).
Paiement de la prestation de deuil	
Prestation maximum et période de paiement	Prestation maximum de 150 \$ par jour, maximum de 3 jours.

Membres de la famille admissibles	Le conjoint, les enfants*, les parents*, les grands-parents, les frères et sœurs* (*ou tout autre membre de la belle famille).
Preuve de demande de règlement requise	Doit être activement au travail, fournir un billet de l'employeur et un certificat de décès.
Garantie en cas de congé parental	
Prestation maximum et période de paiement	Prestation maximum de 150 \$ par jour, maximum de 3 jours.
Membres de la famille admissibles	Enfant nouveau-né
Preuve de demande de règlement requise	Doit être activement au travail, fournir un billet de l'employeur et un certificat de naissance.

Survol des garanties du régime résidentiel d'assurance-maladie et de bien-être de Carpenters

Résumé des garanties améliorées du régime (en date du 1^{er} janvier 2021)



Garantie/disposition de la prestation	Couverture du régime d'assurance-maladie/règle
Assurance-maladie complémentaire	Doit être dûment inscrit au régime provincial d'assurance-maladie pertinent.
Franchise	Aucune
Coassurance	100 % pour tous les services et fournitures.
Carte de paiement direct pour les médicaments	Oui
Remboursement des médicaments sur ordonnance	Médicaments de marque et génériques — 100 % du médicament de substitution le moins coûteux. Médicaments biologiques ou bioéquivalents (exige une autorisation préalable) — 100 % du médicament de substitution le moins coûteux (si disponible).
Maximum pour les frais d'ordonnance	S.O.
Maximum à vie pour l'ensemble des soins de santé	Illimité
Maximums pour les médicaments sur ordonnance	méthadone 1 000 \$ à vie; dysfonctionnement érectile 500 \$ par année civile; médicaments contre la stérilité 2 500 \$ à vie; cessation du tabagisme 400 \$ à vie. Comprend l'insuline et les fournitures pour diabétiques, les sérums contre les allergies, les vaccins et les anatoxines, les médicaments injectables, les traitements sclérosants (maximum de 20 \$ par visite), les DIU et
Soins infirmiers privés	10 000 \$ par année civile.
Services de professionnels paramédicaux	500 \$ par professionnel par année civile — chiropraticien, ostéopathe, podiatre, physiothérapeute, naturopathe, orthophoniste, massothérapeute, psychologue.
Orthèses/chaussures orthopédiques	500 \$/24 mois pour les orthèses. 500 \$/24 mois pour les chaussures orthopédiques.
Prothèses auditives	500 \$/36 mois de garanties
Soins de la vue (ordonnance)	400 \$/24 mois pour les verres, les montures, les lentilles cornéennes, les lunettes de soleil et les lunettes de sécurité industrielles.
Correction de la vue au laser	Maximum de 2 000 \$ à vie pour la correction de la vue au laser.
Lunettes de sécurité industrielles (ordonnance)	200 \$/24 mois (participants au régime uniquement)
Examens de la vue	1 examen de la vue tous les 12 mois.
Services de transport médical	Ambulance d'urgence
Services médicaux et fournitures	Soins de convalescence, équipement médical durable (lit d'hôpital, fauteuil roulant, appareils orthopédiques, béquilles), prothèses, radiographies, tests de laboratoire, fournitures pour diabétiques, bas de contention, etc.
Services de soins dentaires accidentels	Assujettis aux frais raisonnables et habituels.
Prestation de survivant (pour personnes à charge)	Solde du compte bancaire en dollars du participant, plus une prolongation de 30 mois.
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)
Assistance-voyage en cas d'urgence	Durée maximum d'un voyage de 60 jours — obligation de prendre contact avec Green Shield dans les 48 heures.
Prestation maximum pour les urgences médicales en voyage	5 000 000 \$ par urgence médicale à l'extérieur de la province.
Prestation maximum pour les aiguillages médicaux	Couverture maximum de 50 000 \$ pour les aiguillages hors province par année civile.
Cessation de la couverture	À l'âge de 65 ans, ou plus tôt en cas de retraite — (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent).
Frais dentaires	
Franchise	Aucune
Coassurance pour les services de base	100 %
Coassurance pour les services majeurs	60 %
Coassurance pour les services d'orthodontie	60 %
Maximum annuel pour les services de base	3 500 \$
Maximum annuel pour les services majeurs	Combiné avec le maximum pour les services de base
Maximum à vie pour les services d'ortho.	2 500 \$
Guide des honoraires	Guide des honoraires dentaires actuels de l'Ontario (ODA)
Services de base inclus	Diagnostic, prévention, restauration, chirurgie, obturations, anesthésie
Examen complet	1 examen tous les 24 mois.
Examens de rappel	1 examen tous les 6 mois.
Radiographies	1 série complète tous les 12 mois.
Radiographies interproximales	1 série tous les 12 mois.
Polissage	Couvert
Traitement topique au fluorure	Couvert
Détartrage parodontal	8 unités par année civile.
Services majeurs inclus	Couronnes, ponts, prothèses dentaires
Remplacement de ponts/prothèses dentaires	Couvert tous les 5 ans
Services d'orthodontie	Enfants de moins de 19 ans. Plan de traitement requis.
Prestation de survivant (pour personnes à charge)	Solde du compte bancaire en dollars du participant, plus une prolongation de 30 mois.
Cessation de la couverture	Retraite (d'autres dispositions habituelles de cessation s'appliquent)

Programme d'aide aux participants	Services confidentiels de counseling et de conseils. Se termine à la retraite.