

CBC  Radio-Canada
AVANTAGES SOCIAUX

Régime de soins dentaires
Pour les membres du STARF

En vigueur le 1^{er} avril 2005

Sommaire du contrat numéro 55431
La Great-West, compagnie d'assurance-vie

Barème	Guide du tarif des généralistes et des spécialistes de 2004
À 95 %	Couverture de base, dont : <ul style="list-style-type: none"> • Services de diagnostic • Soins préventifs • Restauration mineure • Extractions • Entretien des dentiers
À 90 %	Traitements d'endodontie et de périodontie
À 75 %	Couverture majeure, dont : <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie majeure • Couronnes et incrustation avec recouvrement • Dentiers • Ponts
À 50 %	Traitements d'orthodontie
Remboursement maximum	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture de base, endodontie, périodontie et couverture majeure combinée : 2 500 \$ par année d'indemnisation, par personne • Orthodontie: 2 000 \$ à vie par personne
Année d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} avril au 31 mars

Conçu pour encourager la prévention, le régime de soins dentaires vous aide à éviter les dépenses importantes en vous incitant, vous et votre famille, à visiter le dentiste régulièrement. Lorsque, malgré tout, vous devez engager des frais dentaires élevés, le régime allège votre fardeau financier de façon significative.

Le régime couvre quatre catégories de service :

- Couverture de base
- Endodontie et périodontie
- Couverture majeure
- Orthodontie

Les frais admissibles liés à la couverture de base, aux traitements d'endodontie et de périodontie et à la couverture majeure sont remboursés jusqu'à un maximum combiné de 2 500 \$ par année d'indemnisation pour chaque membre de la famille assuré. Les traitements d'orthodontie sont limités à 2 000 \$ à vie par personne. Vous n'avez aucune franchise à payer.

On vous rembourse le coût des services admissibles jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le guide du tarif des actes bucco-dentaires 2004 des omnipraticiens et des spécialistes de la province où les services ont été dispensés ou, si le traitement a eu lieu à l'extérieur du Canada, de votre province de résidence.

Plan de traitement

Avant d'engager des dépenses pour soins dentaires excédant 300 \$ ou avant d'entreprendre un traitement orthodontique, demandez à votre dentiste de remplir un formulaire et présentez-le à La Great-West, qui calculera les avantages admissibles pour le traitement proposé, afin que vous sachiez d'avance quel montant approximatif vous devrez verser.

Pour communiquer avec la Great-West

Pour toute question concernant la couverture du régime ou une demande de règlement, vous pouvez appeler La Great-West directement au :

- 1 (514) 878-1288 dans la région de Montréal;
- 1 (800) 663-2817 au Québec, à l'extérieur de Montréal;
- 1 (800) 957-9777 pour toutes les autres régions.

Couverture de base

Le régime rembourse **95 %** des frais admissibles pour les soins dentaires suivants :

- **Services de diagnostic**

- ⇒ Les examens

- l'examen buccal complet à l'exception des examens effectués par un prosthodontiste ou par un orthodontiste (une fois tous les cinq ans)
- examen buccal
- examen sommaire de périodontie (une fois tous les six mois)
- examen buccal de rappel (une fois tous les neuf mois)
- examen spécifique (à l'exception des examens effectués par un prosthodontiste)
- examen d'urgence

- ⇒ Analyses

- biopsie de tissu
- frottis cytologique de la cavité buccale
- tests de vitalité et de susceptibilité à la carie
- culture microbiologique
- modèles de diagnostic (à l'exception des modèles d'étude orthodontique)

- ⇒ Radiographies

- série complète intra-buccale (une série complète tous les deux ans)
- pellicules périapicales (une série complète tous les deux ans)
- pellicules occlusales
- pellicules interproximales (une fois l'an)
- sialographie
- extra-buccales
- pellicules panoramiques (une fois tous les cinq ans)
- substances radio-opaques pour démontrer les lésions
- interprétation de radiographies d'une autre source
- tomographie
- radiographies du crâne et de l'os maxillo-facial
- radiographies de l'articulation temporomandibulaire
- radiographies céphalométriques
- radiographies main et poignet

- **Soins préventifs**

- ⇒ Ensemble de soins de rappel préventifs (une fois tous les neuf mois)

- ⇒ Prophylaxie (polissage et détartrage léger – une unité - une fois tous les neuf mois)

- ⇒ Application topique de fluorure (une fois tous les neuf mois pour les personnes de moins de 19 ans)

- ⇒ Scellants de puits et de fissures (personnes de moins de 19 ans)

Couverture de base remboursement à 95 % (suite)

- ⇒ Modification de la forme des dents pour des problèmes de fonctionnement
- ⇒ Meulage interproximal des dents
- ⇒ Mainteneurs d'espace

- **Soins de restauration mineurs**
 - ⇒ Caries, plaies, traitement anti-douleur
 - ⇒ Obturations
 - amalgame (non liant)
 - obturations à caractère cosmétique
 - ⇒ Couronnes préfabriquées
 - ⇒ Tenons de rétention
 - ⇒ Anesthésie

- **Extractions**
 - ⇒ Extractions sans complications
 - ⇒ Anesthésie

- **Entretien des dentiers**
 - ⇒ Ajustement des dentiers
 - ⇒ Réparation et addition d'une dent au dentier
 - ⇒ Rebasage et regarnissage
 - ⇒ Reconstruction de partiels

Endodontie et périodontie

Le régime rembourse **90 %** des frais admissibles pour les soins dentaires suivants :

- **Endodontie**
 - ⇒ Pulpotomie
 - ⇒ Traitements de canal
 - ⇒ Apexification
 - ⇒ Traitements périapicaux
 - ⇒ Amputation de racine
 - ⇒ Isolement de la dent par traitements d'endodontie
 - ⇒ Hémisection
 - ⇒ Blanchiment chimique au bureau du dentiste (lié à un traitement de canal)
 - ⇒ Ablation intentionnelle d'une dent, obturation de l'apex et réimplantation
 - ⇒ Dépulpation

Endodontie et périodontie (suite)

- **Périodontie**

- ⇒ Actes chirurgicaux
- ⇒ Traitement postopératoire et réévaluation périodontique
- ⇒ Équilibrage de l'occlusion (au plus huit unités de temps par année)
- ⇒ Détartrage et surfaçage radiculaire
- ⇒ Appareils de périodontie
- ⇒ Traitement des affections buccales

Couverture majeure

Le régime rembourse **75 %** des frais admissibles pour les soins dentaires suivants :

- **Chirurgie majeure**

- ⇒ Ablations chirurgicales (à l'exception de l'ablation sans complications d'une dent à éruption complétée)
- ⇒ Extractions et incisions chirurgicales
- ⇒ Réduction de fractures
- ⇒ Réparation de tissu mou et lacérations
- ⇒ Frénectomie et dislocations
- ⇒ Chirurgie antrale
- ⇒ Alvéoplastie, gingivoplastie ou stomatoplastie
- ⇒ Exposition chirurgicale et reposition
- ⇒ Contrôle des hémorragies
- ⇒ Soins postopératoires
- ⇒ Anesthésie

- **Examen buccal effectué par un prosthodontiste**

- **Couronnes et incrustation avec recouvrement**

- ⇒ Aurifications
- ⇒ Incrustations de surface et en profondeur
- ⇒ Couronnes, y compris les pivots, les noyaux et les tenons dentinaires
- ⇒ Extraction et cimentation des couronnes, incrustations de surface et en profondeur
- ⇒ Réparations aux couronnes de plastique, de porcelaine ou de céramique, incrustations de surface et en profondeur

- **Dentiers**

- ⇒ Prothèse amovible partielle ou complète
- ⇒ Remplacement d'un dentier ou d'un pont existant par un nouveau dentier, s'ils sont en place depuis au moins cinq ans

Couverture majeure (suite)

- **Ponts fixes**

- ⇒ Dents pontiques
- ⇒ Ancrages pour piliers
- ⇒ Pivots, noyaux et tenons dentinaires pour piliers
- ⇒ Jumelage
- ⇒ Remplacement d'un pont ou d'un dentier existant par un nouveau pont fixe, s'ils sont en place depuis au moins trois ans
- ⇒ Réparations de ponts
- ⇒ Anesthésie

Les frais admissibles pour une couronne ou une incrustation avec recouvrement posée sur une dent n'ayant subi aucun dommage à l'angle incisif ou à la cuspide se limitent au coût de l'obturation en composite pour une dent antérieure et au coût de l'obturation en amalgame pour une dent postérieure.

Traitements d'orthodontie

Le régime rembourse **50 %** des frais admissibles pour les soins dentaires suivants :

- **Services de diagnostic**
 - ⇒ Examen orthodontique
 - ⇒ Modèles d'étude orthodontique
- **Appareils fixes ou amovibles**
- **Appareils de rétention**
- **Traitements d'orthodontie intégrés**
- **Observation et ajustement**
- **Réparations et modifications**
- **Appareils pour contrôler les habitudes nocives**
- **Anesthésie**

Restrictions

Le régime de soins dentaires ne rembourse pas :

- les frais supplémentaires pour couvrir l'utilisation de métaux précieux, si un autre produit moins coûteux pouvait donner des résultats acceptables;
- le coût de remplacement d'un dentier ou d'un appareil perdu ou volé;
- les frais de restauration complète de la bouche, de correction de la dimension verticale ou d'une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
- les services payés par un régime d'État;
- les services de nature esthétique;

Restrictions (suite)

- les traitements requis à la suite d'une blessure volontaire ou d'une blessure résultant de la participation à une guerre, à une émeute ou à une insurrection;
- les frais de déplacement du dentiste, les frais pour rendez-vous manqués ou pour remplir un formulaire et pour les conseils donnés par téléphone;
- tout traitement jugé expérimental par l'administrateur du régime;
- les frais d'assignation de demandes de règlement;
- les frais d'instruction d'hygiène buccale.

Les traitements dentaires prodigués à la suite de blessures accidentelles aux dents naturelles ou artificielles sont assurés en vertu du Régime d'assurance-maladie complémentaire (51089).

Comment présenter une demande de règlement

Avant que vous ou un membre de votre famille vous rendiez chez le dentiste, procurez-vous un formulaire de demande de règlement auprès du service local des Ressources humaines ou sur le site intranet de CBC/Radio-Canada. Demandez à votre dentiste de remplir la partie 1, puis remplissez les parties 2 et 3. Envoyez votre demande à l'adresse indiquée au bas du formulaire. Assurez-vous que le numéro du régime figurant sur le formulaire est bel et bien le 55431. Inscrivez votre numéro d'employé ainsi que votre adresse personnelle dans les cases prévues à cet effet. Veuillez à ce que ces renseignements soient connus du dentiste si vous faites une demande de règlement de façon électronique.

Votre demande doit être reçue par la Great-West au plus tard 18 mois suivant la date du traitement.

Coordination des prestations

Si vous et votre conjoint êtes assurés chacun par un régime collectif, vous pouvez soumettre des demandes de règlement de frais dentaires aux deux régimes et, selon les dispositions du régime de votre conjoint, récupérer jusqu'à **100 %** des frais admissibles.

Vous et votre conjoint devraient d'abord présenter vos propres demandes de règlement auprès de votre propre régime collectif. Les demandes de règlement pour les enfants à charge devraient être présentées au régime du parent dont la date d'anniversaire arrive en premier dans l'année civile (l'année de naissance n'est pas prise en compte). Si vous êtes séparée ou divorcée, le régime qui versera les prestations pour vos enfants sera établi selon l'ordre suivant :

Coordination des prestations (suite)

1. le régime du parent ayant la charge de l'enfant;
2. le régime du conjoint du parent ayant la charge de l'enfant;
3. le régime du parent n'ayant pas la charge de l'enfant;
4. le régime du conjoint du parent n'ayant pas la charge de l'enfant.

Vous pouvez présenter une demande de règlement au régime du conjoint pour tout montant qui n'est pas remboursé par le premier régime.

Protection pendant une invalidité

Si une maladie ou une blessure vous empêche de travailler, vous ainsi que les personnes à votre charge continuent de bénéficier de la protection du Régime de soins dentaires tant que vous avez droit à des prestations du Régime d'invalidité de courte ou de longue durée de CBC/Radio-Canada.

Protection pendant un congé autorisé

Vous pouvez demander le maintien de votre protection pour une période pouvant aller jusqu'à 12 mois durant tout congé autorisé.

Si le congé excède 12 mois, la protection est suspendue jusqu'à votre retour au travail.

En cas de décès

Si, au moment de votre décès, vous participez au présent régime, les frais engagés par les personnes à votre charge dans les 90 jours suivant votre décès seront remboursés. Il faut toutefois que le traitement ait débuté ou que les rendez-vous aient été pris de votre vivant.

Cessation de la protection

Votre protection prend fin à la date de votre cessation d'emploi ou à la résiliation du contrat d'assurance. La protection des personnes à charge se termine en même temps que la vôtre ou lorsque ces personnes ne sont plus admissibles.

Prolongation de couverture

(Primes de raccordement – employés temporaires et contractuels)

La protection peut être prolongée pendant une période maximale de quatre mois afin de couvrir l'intervalle entre les contrats de travail ou les périodes d'emploi temporaire. Toutes les primes dues seront déduites de votre dernier chèque de paie ou devront être payées au moyen d'un chèque certifié. Si vous désirez que votre protection soit prolongée pendant cette période, vous devez en informer votre Service local des ressources humaines à votre dernier jour de travail, au plus tard. Pour obtenir des détails, veuillez communiquer avec votre Service local des ressources humaines.