RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES (Groupe # 80130)

À L'INTENTION DES EMPLOYÉS SUIVANTS :

SCFP : BUREAU, MÉTIERS ET TECHNICIENS
SYNDICAT DES EMPLOYÉS DE RÉSEAU

MARS 2004

Hydro Québec

SSQ GROUPE FINANCIER
Assurance collective

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

CATÉGORIES D'EMPLOYÉ(E)S ADMISSIBLES 1

CONDITIONS GÉNÉRALES 1

- Définitions 1
- Admissibilité 2
- Demande d'assurance 2
- Prise d'effet de l'assurance 3
- Plan d'assurance par défaut 4
- Erreurs administratives 4
- Maintien de l'assurance 4
- Cessation de l'assurance 4
- Calcul de la prime par personne adhérente 4
- Exonération des primes en cas d'invalidité totale 5
- Certificat d'assurance 5

GARANTIES D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES 5

- Définitions 5
- Frais reconnus 6
- Coordination des prestations pour les régimes d'assurance 6
- Adhésion tardive de l'employé(e) ou de ses personnes à charge 6
- Évaluation préalable 6
- Exclusions 7
- Limitations 7
- Continuité de l'assurance 7
- Prolongation de l'assurance en cas de décès de la personne adhérente 8
- Avis et preuve de sinistre 8
- Paiement d'une demande de règlement 8
- Comment présenter une demande de prestations? 8

DÉTAIL DU RÉGIME 10

- Soins de diagnostic 11
- Soins de prévention 11
- Soins de restauration 12
- Endodontie 13
- Parodontie (Périodontie) 14
- Prothèse amovible 15
- Prothèse fixe 17
- Chirurgie buccale 18
- Services généraux complémentaires 20

Codes de l'Association des denturologistes du Québec 21

Veuillez noter que, dans cette brochure, le nom SSQ désigne SSQ, Société d’assurance-vie inc.

CATÉGORIES D'EMPLOYÉ(E)S ADMISSIBLES

Catégories du contrat d'assurance no 80130

A) Membres du personnel permanent, régis par convention collective, des sous-domaines de personnel **«Bureau»** suivants :
   Bureau régi (sous-domaine 5000)
   Bureau Annexe 2000 (sous-domaine 5200)
   Spécialiste versé - bureau (sous-domaine 6310)

B) Membres du personnel permanent, régis par convention collective, des sous-domaines de personnel **«Métiers»** suivants :
   Métier régi (sous-domaine 5300)
   Métier Annexe 2000 (sous-domaine 5210)
   Spécialiste versé - métier (sous-domaine 6320)

C) Membres du personnel permanent, régis par convention collective, du sous-domaine de personnel **«Technicien»** (Technicien régi - sous-domaine 5600)

E) Membres du personnel permanent, régis par convention collective, du sous-domaine de personnel «**Répartiteur**» suivants:
   Répartiteur régi (sous-domaine 5500)
   Spécialiste versé - répartiteur (sous-domaine 6350)

CONDITIONS GÉNÉRALES

Définitions

L'employé(e) est la personne qui est au service de l'employeur à titre de membre du personnel et inscrite sur la liste de paie de ce dernier, à l'exception de toute personne régie par le décret de la construction.

L'employeur désigne Hydro-Québec et toute filiale que désigne Hydro-Québec.

La personne adhérente est l'employé(e) admissible au présent contrat d'assurance et assuré(e) en vertu du contrat.

La personne assurée est la personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurées.

La personne à charge de l'employé(e) désigne son conjoint et ses enfants à charge.

Le conjoint désigne toute personne unie à la personne adhérente par un mariage ou une union civile légalement contracté au Québec ou ailleurs, reconnu par les lois du Québec et non dissous par divorce ou annulation; ou à défaut, sans égard au sexe, toute personne à propos de laquelle il est prouvé par la personne adhérente, à la satisfaction de SSQ, que cette personne cohabite en permanence depuis un an avec la personne adhérente (ou depuis moins d'un an si un enfant est issu de l'union) et que cette dernière présente publiquement comme conjoint et dont elle n'est pas séparée de fait depuis plus de trois (3) mois.

L'enfant à charge désigne l'enfant célibataire de la personne adhérente, de son conjoint ou des deux, qui dépend de la personne adhérente pour son soutien et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de vingt et un (21) ans,

- quel que soit son âge, fréquente à plein temps, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement secondaire, collégial ou universitaire,

- quel que soit son âge, a été frappé d'invalidité totale avant qu'il n'ait atteint l'âge de dix-huit (18) ans et est demeuré continuellement invalide depuis.

L'invalidité totale désigne un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident et exigeant des soins médicaux continus. Cet état d'incapacité doit être établi à la satisfaction d'Hydro-Québec selon les règles contenues dans les régimes d'invalidité de courte, moyenne ou longue durée de l'employeur ou, dans le cas d'un enfant à charge, cet état doit l'empêcher d'exercer tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

Admissibilité

Employé(e)

Tout(e) nouvel(le) employé(e) permanent(e), appartenant à l'une des catégories d'employé(e)s admissibles à l'assurance à la date de son entrée en service.

Tout(e) employé(e) n'appartenant pas à l'une des catégories d'employé(e)s admissibles devient admissible à l'assurance à la date où il (elle) devient membre d'une des catégories d'employé(e)s admissibles comme employé(e) permanent(e).

Les employé(e)s temporaires ne sont pas admissibles à l'assurance, même ceux (celles) appartenant aux catégories d'employé(e)s admissibles.

Personne à charge

Une personne à charge d'un(e) employé(e) devient admissible à l'assurance dès que l'un ou l'autre des événements suivants se produit:

- la date à laquelle l'employé(e) dont elle est le conjoint ou l'enfant à charge devient admissible;

  ou

- la date à laquelle elle correspond à la définition d'une personne à charge.

Demande d'assurance

Employé(e)

La participation d'un(e) employé(e) admissible à l'assurance est obligatoire. Un(e) employé(e) admissible à l'assurance doit remplir et transmettre au Centre d'appels Retraite et Assurances le formulaire approprié de demande d'assurance.

Toutefois, un(e) employé(e) peut, moyennant un préavis écrit au Centre d'appels Retraite et Assurances, refuser d'adhérer ou cesser de participer au présent régime à la condition qu'il(elle) atteste, à la satisfaction d'Hydro-Québec, qu'il(elle) participe déjà à un régime collectif employeur-employé(e) de protection ou d'assurance comportant des prestations similaires, que ce soit comme personne adhérente ou comme personne à charge.

Un(e) tel(le) employé(e) exempté(e) de participer au présent régime, peut y adhérer en établissant à la satisfaction d'Hydro-Québec:

- qu'antérieurement, il(elle) était assuré(e), en vertu du présent régime comme personne à charge ou en vertu de tout autre régime collectif de protection ou d'assurance accordant une protection similaire;

- qu'il est devenu impossible qu'il(elle) continue à y participer;

- qu'il(elle) présente sa demande dans les trente (30) jours suivant la cessation de la protection à son égard.

À défaut d'une telle preuve, cet(te) employé(e) et ses personnes à charge, le cas échéant, pourront tout de même adhérer, mais seront considéré(e)s comme étant en **adhésion tardive**.

Personnes à charge

L'employé(e) admissible, qui adhère à l'assurance, peut à son choix, à sa date d'admissibilité ou à toute autre date postérieure, assurer ses personnes à charge en remplissant une demande d'adhésion et en la transmettant au Centre d'appels Retraite et Assurances. L'employé(e) admissible peut opter pour l'un des deux plans familiaux suivants:

- un plan familial monoparental sans protection pour le conjoint; ou
- un plan familial avec protection du conjoint et des enfants à charge.

Lorsqu'une demande d'assurance des personnes à charge, selon l'un ou l'autre des deux plans familiaux offerts, est effectuée:

a) plus de trente (30) jours suivant la date d'admissibilité du conjoint ou d'un des enfants à charge, ou

b) plus de trente (30) jours suivant la date de cessation de tout autre régime collectif de protection ou d'assurance accordant une protection similaire,

cette personne à charge sera considérée comme étant en **adhésion tardive**.

Prise d'effet de l'assurance

Employé(e)

L'assurance d'un(e) employé(e) prend effet :

a) à la date où il (elle) devient admissible à l'assurance, ou

b) dans le cas d'un(e) employé(e) exempté(e) de participer au présent régime selon les dispositions de l'article «Demande d'assurance», à la date de signature de la demande d'adhésion au présent régime.

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend effet :

a) à la date d'admissibilité, si la demande d'adhésion est signée par l'employé(e) avant ou dans les trente (30) jours suivant cette date, ou

b) à la date de signature de la demande d'adhésion au présent régime, si celle-ci est signée plus de trente (30) jours suivant la date d'admissibilité.

Plan d'assurance par défaut

Sous réserve de l'article «**Demande d'assurance**», si au moment de la prise d'effet de l'assurance, la personne adhérente n'a pas indiqué son choix quant au plan d'assurance choisi, soit un plan individuel ou l'un des deux (2) plans familiaux offerts, le plan d'assurance en vigueur sera par défaut un plan individuel tant que la personne adhérente n'aura pas exercé son choix par écrit au Centre d'appels Retraite et Assurances.

Erreurs administratives

En l'absence de fraude de la personne adhérente ou de ses personnes à charge, le cas échéant, aucune erreur administrative, ni omission, ne peut restreindre les droits de la personne adhérente ou de ses personnes à charge, le cas échéant, à recevoir des prestations.

Maintien de l'assurance

En cas d'invalidité ou de congé autorisé, cette garantie peut être temporairement continuée. Dans certains cas d'invalidité, il peut y avoir exonération des primes. Veuillez consulter le Centre d'appels Retraite et Assurances lorsqu'un de ces cas se présente.

Cessation de l'assurance

L'assurance d'une personne adhérente cesse de plein droit à l'une ou l'autre des dates suivantes:

a) la date de cessation du régime; ou

b) la date de l'exercice du droit d'exemption de participation prévu à l'article «**Demande d'assurance**»; ou

c) sous réserve de l'article «**Maintien de l'assurance**», le jour où elle ne remplit plus les conditions d'admissibilité; ou

d) sous réserve de l'article «**Exonération de primes en cas d'invalidité totale**», la date d'expiration de la période couverte pour laquelle les primes de la personne adhérente et, le cas échéant, de ses personnes à charge, ont été payées; ou

e) la date à laquelle la personne adhérente est retraitée.

L'assurance d'une personne à charge cesse de plein droit à l'une ou l'autre des dates suivantes:

a) sous réserve de l'article «**Prolongation de l'assurance en cas de décès de la personne adhérente**», la date de cessation de l'assurance de la personne adhérente; ou

b) la date de résiliation de l'assurance des personnes à charge par la personne adhérente; ou

c) le jour où elle ne correspond plus à la définition d'une personne à charge.

Calcul de la prime par personne adhérente

La cotisation de la prime s'effectue à terme échu et est exigible à chaque période de paie. Elle est en fonction des informations en vigueur pour chacune des journées de la période de paie.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Une personne adhérente qui devient totalement invalide pendant que ce régime à son égard est en vigueur et si elle le demeure sans interruption pendant au moins cent quatre-vingts (180) jours, aucune prime future n'est payable à son égard.

Si à la date de prise d'effet de l'assurance, une personne adhérente est totalement invalide, une prime est exigible à son égard. Si elle demeure totalement invalide sans interruption pendant les cent quatre-vingts (180) premiers jours du régime, aucune prime future n'est payable à son égard.

Ces exonérations de paiement débutent à la période de paie suivant l'écoulement de la carence de cent quatre-vingts (180) jours et se poursuivent aussi longtemps que dure l'invalidité totale.

L'exonération des primes en cas d'invalidité totale cesse à l'une ou l'autre des dates suivantes:

a) la première journée du retour au travail; ou
b) la date de cessation de l'assurance de la personne adhérente; ou
c) la date de cessation du régime; ou
d) la date à laquelle elle ne répond plus à la définition d'invalidité totale.

Cependant, l'exonération des primes pourra être maintenue malgré le retour au travail d'une personne adhérente absente depuis plus de cent quatre-vingts (180) jours lorsque le retour au travail est effectué dans le contexte d'un programme de rééducation autorisé.

Certificat d'assurance

Les copies des demandes d'assurance et de modifications complétées et signées par la personne adhérente et transmises au Centre d'appels Retraite et Assurances tiendront lieu de certificat d'assurance.

Le certificat est partie constituante au contrat d'assurance. En cas de divergence entre les dispositions du certificat et celles du contrat, ces dernières prévalent.

GARANTIES D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée, le cas échéant, engage des frais reconnus, l'assureur rembourse ces frais après déduction de la franchise, selon le pourcentage (%) de remboursement et jusqu'à concurrence du maximum mentionné à la section «**DÉTAIL DU RÉGIME**».

Ces frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle la personne assurée reçoit les fournitures, soins ou services.

Définitions

Les frais raisonnables sont ceux qui n'excèdent pas les honoraires prévus à la formule de remboursement mentionnée à la section «DÉTAIL DU RÉGIME».

La dent naturelle est une dent restaurée ou non et exclut les prothèses fixes ou amovibles.

La blessure accidentelle est une lésion soudaine et imprévisible, des structures dentaires et adjacentes, causée par un choc ou par un agent extérieur, y compris une lésion survenant pendant la mastication.

Frais reconnus

Les frais reconnus sont les frais raisonnables et obligatoires, engagés sur la recommandation d'un dentiste, d'un dentiste-spécialiste ou d'un denturologiste, non apparenté à la personne assurée et ne demeurant pas à la même adresse que cette dernière, et mentionnés à la section «**DÉTAIL DU RÉGIME**» de la présente garantie. Pour les actes mentionnés à la section «**DÉTAIL DU RÉGIME**», les frais reconnus sont les moindres de ceux exigés par le dentiste, le dentiste-spécialiste ou le denturologiste et de ceux mentionnés par la cédule de remboursement prévue à la section «**DÉTAIL DU RÉGIME**».

Seuls les soins nécessaires donnent droit à des prestations. Lorsque plus d'un appareil ou plus d'un soin ou service peuvent être utilisés et donnent un résultat professionnellement acceptable, seul le montant de l'appareil, du soin ou du service le moins coûteux est remboursé par SSQ. La personne adhérente pourra tout de même à son choix opter pour le traitement, le soin ou le service plus coûteux tout en obtenant un remboursement basé sur le traitement, le soin ou le service le moins coûteux.

Coordination des prestations pour les régimes d'assurance

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout autre régime d'assurance ou de protections pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime comprennent les prestations qui auraient été remboursées si une demande en règle avait été faite.

Adhésion tardive de l'employé(e) ou de ses personnes à charge

Sous réserve de l'article «**Demande d'assurance**», toute personne considérée comme étant en adhésion tardive, aura droit à une prestation maximale de 150 $ pour les douze (12) premiers mois d'assurance.

Toutefois, cette restriction ne s'applique pas aux frais reconnus et engagés à la suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles subie après la date de prise d'effet de l'assurance.

Évaluation préalable

La personne adhérente peut, à son choix, soumettre à SSQ un plan de traitement détaillé d'un dentiste ou d'un denturologiste donnant les détails des soins à donner et une estimation des honoraires avant le commencement du traitement pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, le cas échéant.

SSQ transmettra à la personne adhérente dans les quinze (15) jours ouvrables suivant la réception des documents requis, le renseignement quant au montant des prestations reconnues en vertu de cette garantie qu'il est prêt à débourser si la série de traitements est vraiment effectuée.

Exclusions

Aucunes prestations ne sont payables pour les frais suivants:

1) frais non mentionnés parmi les frais reconnus à la section «**DÉTAIL DU RÉGIME**» de la présente garantie; ou

2) traitements, soins ou services dentaires effectués gratuitement ou payés par un gouvernement, ou tout autre régime d'assurance, ou frais que la personne assurée n'est pas tenue de payer; ou

3) frais pour le double d'une prothèse ou le double de tout autre appareil dentaire; ou

4) traitements, soins ou services dentaires effectués principalement à des fins esthétiques ou expérimentales; ou

5) frais de remplacement de prothèses perdues, égarées ou volées; ou

6) frais facturés, à la suite d'un rendez-vous où l'on ne s'est pas présenté, ou pour remplir des formulaires d'assurance; ou

7) frais engagés à la suite d'une blessure que l'on s'est infligée intentionnellement, que l'on soit sain d'esprit ou non, ou à la suite d'une participation active à une émeute, une insurrection, une opération militaire ou un acte criminel.

Limitations

Certains soins comportent des limitations selon la description des codes apparaissant à la section «**DÉTAIL DU RÉGIME**».

Continuité de l'assurance

Les frais engagés après la date de cessation de l'assurance pour une personne adhérente et ses personnes à charge le cas échéant, ne sont pas reconnus même si un plan de traitement avait été soumis à SSQ en évaluation préalable et que ce dernier en avait accepté le contenu.

Toutefois, lorsque l'empreinte d'une prothèse a été prise avant la date de cessation de l'assurance et que la livraison de cette prothèse se fait après cette date, les frais s'y rapportant et engagés dans les trente (30) jours après la date de cessation de l'assurance sont reconnus. Sont également reconnus les frais engagés dans les trente (30) jours suivant la date de cessation de l'assurance pour la pose de couronnes, de ponts ou d'incrustations lorsque le travail de préparation des dents concernées a été complété avant la date de cessation de l'assurance. Les délais pourront être prolongés si des motifs exceptionnels le justifient.

Prolongation de l'assurance en cas de décès de la personne adhérente

Lorsque l'assurance cesse par suite du décès de la personne adhérente, les frais engagés dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent le décès, à l'égard des personnes à charge assurées au moment du décès, sont couverts par le présent contrat.

Avis et preuve de sinistre

Une demande de paiement doit se faire par écrit dans les douze (12) mois suivant le sinistre et être appuyée par les justifications nécessaires. SSQ peut exiger tout renseignement qu'il juge nécessaire à l'appui de la demande.

SSQ peut faire subir, à ses frais, un examen (par un médecin, un dentiste, un dentiste-spécialiste ou un denturologiste de son choix) à la personne assurée pour laquelle la personne adhérente présente une demande de remboursement aussi souvent qu'il est raisonnable de le faire et tant que la demande de remboursement est en cause.

Paiement d'une demande de règlement

Toutes les sommes payables en vertu de cette garantie le sont en monnaie du Canada, à l'ordre de la personne adhérente, et expédiées directement par SSQ à la personne adhérente à l'adresse indiquée par elle, sauf dans le cas des demandes de prestations faites par le système **ESI**.

Comment présenter une demande de prestations?

La carte **SSQ** permet à une personne assurée de ne pas débourser la partie assurée des honoraires professionnels lorsqu'elle se fait traiter par un dentiste **participant**.

Lorsqu'une personne assurée se présente chez un dentiste participant, ce dernier procède auprès de **SSQ** à la validation de la carte. **SSQ** confirme que les soins dispensés sont assurés, prend compte de l'effet de la franchise et du pourcentage de remboursement. La personne assurée est alors en mesure de connaître immédiatement la portion des soins assurés de même que la partie non assurée qu'elle doit débourser.

SSQ met à la disposition des dentistes et des personnes assurées un service téléphonique en opération six jours par semaine, de 8 h à 22 h du lundi au vendredi et de 9 h à 17 h le samedi.

Le dentiste participant soumet lui-même la demande de prestations à **SSQ** et en remet une copie à la personne assurée. Avec la carte **SSQ**, l'usager n'a aucun formulaire à remplir et à soumettre, ni de somme à débourser pour la partie assurée des soins reçus. Il lui suffit de présenter sa carte **SSQ** et de signer la demande de prestations préparée par le dentiste participant.
Si une personne assurée se présente chez un dentiste non participant, ou chez un denturologiste, la procédure prévue pour le régime régulier s'applique.

La personne assurée doit alors obtenir que le dentiste ou le denturologiste traitant complète un formulaire de demande de prestations qu'elle peut obtenir de son professionnel ou du Centre d'appels Retraite et Assurances. La personne adhérente doit remplir le formulaire, le signer et le transmettre à l'adresse suivante en y joignant les originaux des factures:

SSQ Groupe financier
Case Postale 10500
Sainte-Foy (Québec)
G1V 4H6
Tél.: 1 800 243-2492

SSQ traitera la demande de prestations et expédiera directement le remboursement à la personne adhérente.

DÉTAIL DU RÉGIME

Les prestations payables et les dispositions du régime sont décrites ci-après.

Franchise

Une franchise de 25 $ pour l'employé(e) assuré(e) et une franchise de 25 $ pour le conjoint et/ou les enfants à charge.

Les frais engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et servant à couvrir en partie ou en totalité une franchise de cette année, sont appliqués en réduction de cette franchise de l'année suivante.

Remboursement

Soins de diagnostic	100%
Soins de prévention	100%
Soins de restauration	80% (1)
Endodontie	80%
Parodontie (Périodontie)	80%
Prothèse amovible	60% (2)
Prothèse fixe	60% (2)
Chirurgie buccale	80% (1)
Services généraux	80%
Orthodontie	Non couvert

Maximum

Le maximum payable est de 2 000 $ par personne assurée, pour l'ensemble des frais reconnus au cours d'une année civile.

Cédule de remboursement

Le remboursement des frais dentaires sera établi en fonction de l'édition courante de la nomenclature des tarifs des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec et des honoraires prévus au Guide des tarifs approuvés par l'Association des denturologistes du Québec à compter du 1er janvier de chaque année, et ce, jusqu'en 2008 (édition 2008 par la suite). Ces Associations sont celles qui sont reconnues dans la province de Québec.

Notes:

(1) Certains soins de restauration ou de chirurgie buccale sont remboursés à 60%.

(2) Certains soins de prothèse amovible et de prothèse fixe sont remboursés à 80%.

Description et restrictions des codes du Guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

Soins de diagnostic

Examen buccal-clinique

01110, 01120, 01130	(1 fois par 2 ans)
01200	(1 fois par 6 mois)
01250	(1 fois par 12 mois)
01300, 01400, 01500	

Radiographie
Film intra-oral

02111, 02112, 02113, 02114, 02115, 02116	
02131, 02132	(1 fois par 2 ans)
02141, 02142, 02143, 02144	(1 fois par 6 mois)

Film extra-oral

02400, 02430, 02504	
02201, 02202, 02304, 02600	(1 fois par 2 ans)

Film céphalométrique

02800, 02915, 02920, 02929, 02940, 02949	
02701, 02702, 02910	(1 fois par 2 ans)

Test et examen de laboratoire
04100

Biopsie de tissu mou
04302

Biopsie de tissu dur
04311, 04312

Test cytologique
04401, 04402

Consultation
05200

Soins de prévention

Polissage de la partie coronaire des dents

11100, 11200, 11300	(1 fois par 6 mois)

Prévention et autres soins

12400, 13200, 13210, 13300, 13301, 13401, 13404, 13700, 13710	
13100	(1 fois par 2 ans)
13220	(maximum de cinq visites par année)
13510, 13531, 13532	(1 fois par 4 ans)

Appareil de maintien

15108,15109, 15110, 15111, 15120	(enfant de moins de 14 ans et 1 fois par
15200, 15210, 15400, 15410, 15420	2 ans pour un même appareil)

CONTRÔLE DE LA DOULEUR CARIE/TRAUMA
20111, 20121, 20131

DENTS PRIMAIRES

A) Antérieures ou postérieures en amalgame conventionnel
21101, 21102, 21103, 21104, 21105

B) Antérieures ou postérieures en amalgame lié par mordançage
21121, 21122, 21123, 21124, 21125

C) Antérieures en composite
23311, 23312, 23313, 23314, 23315

D) Postérieures en composite
23411, 23412, 23413, 23414, 23415

Note : Aucune combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne devrait excéder, au cours d'une même séance, les honoraires rattachés au code de reconstitution complète de la dent.

DENTS PERMANENTES

A) Antérieures et prémolaires en amalgame conventionnel
21211, 21212, 21213, 21214, 21215

B) Molaires en amalgame conventionnel
21221, 21222, 21223, 21224, 21225

C) Antérieures et prémolaires en amalgame lié par mordançage
21231, 21232, 21233, 21234, 21235

D) Molaires en amalgame lié par mordançage
21241, 21242, 21243, 21244, 21245

E) Antérieures en composite
23111, 23112, 23113, 23114, 23115, 23118, 23122, 23123
23121 (code remboursé à 60 %)

F) Prémolaires en composite
23211, 23212, 23213, 23214, 23215

G) Molaires en composite
23221, 23222, 23223, 23224, 23225

Tenons par restauration
21301, 21302, 21303, 21304

Autres services de restauration
21501, 23701

Note : Aucune combinaison de codes ou de classes sur une même dent ne devrait excéder, au cours d'une même séance, les honoraires rattachés au code de reconstitution complète de la dent.

Inscrustation incluant les temporaires :

Note: Les incrustations sont remboursées une seule fois par période de 4 ans.

En or
25100, 25200, 25300, 25500 (codes remboursés à 60 %)

En porcelaine, en résine ou en céramique
Sans recouvrement
25121, 25122, 25123 (codes remboursés à 60 %)

Avec recouvrement
25521 (code remboursé à 60 %)

Tenons de rétention dans l'incrustation
25601, 25602, 25603, 25604 (codes remboursés à 60 %)

Couronne préfabriquée en acier inoxydable
27403, 27413 (codes remboursés à 60 %)
(1 fois par 12 mois)

Couronne préfabriquée en polycarbonate ou autre matériau similaire
27421, 27422, 27423, 27424 (codes remboursés à 60 %)
(1 fois par 12 mois)

Endodontie

A) URGENCE ENDODONTIQUE

Pulpotomie
32201, 32202, 32210

Pulpectomie (procédure d'urgence séparée)
39901, 39902, 39903, 39904, 39905

Ouverture et drainage à travers une dent naturelle (procédure d'urgence séparée)
39201, 39202

Ouverture et drainage à travers une couronne en métal ou en porcelaine
39211, 39212

B) TRAUMATISME ENDODONTIQUE
39970, 39981, 39985

C) TRAITEMENT ENDODONTIQUE GÉNÉRAL
Préparation de la dent en vue d'un traitement
39100, 39110, 39120

Note: Le traitement de canal comprend:
le plan de traitement
les actes cliniques
les radiographies appropriées mais exclut la restauration finale.

Le tarif pour le traitement de canal est global. S'il ne peut être complété, il y a un tarif correspondant à chaque acte clinique.
33100, 33101, 33102, 33110, 33111, 33112, 33200, 33201, 33202, 33210, 33211, 33212, 33300, 33301, 33302, 33310, 33311, 33312, 33400, 33401, 33402, 33410, 33411, 33412

D) APEXIFICATION

Note: Chaque acte clinique est facturé à part

33521, 33531, 33541, 33522, 33532, 33542, 33523, 33533, 33543

E) CHIRURGIE ENDODONTIQUE

Apectomie (acte distinct du traitement de canal)

34101, 34102, 34103, 34104

Apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (rémunération globale pour les deux actes)

34111, 34112, 34114, 34115

Apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)

34201, 34202, 34203, 34212, 34215

Amputation de racine

Tout traitement spécifique précédant celui-ci est considéré comme un acte distinct

34401, 34402

Hémisection

Tout traitement spécifique précédant celui-ci est considéré comme un acte distinct

39230

Réimplantation intentionnelle, à savoir:

exérèse
préparation et obturation canalaire
reposition
(immobilisation non comprise).

34451, 34452, 34453

F) DIVERS

Blanchiment (dent dévitalisée)

39410 (par dent, par séance)

Parodontie (Périodontie)

Services parondontaux, non chirurgicaux

Polissage de la partie coronaire des dents, cf. section Soins de prévention

41200, 41300

Services parondontaux, chirurgicaux

Note : Acte limité exclusivement aux dentistes.

42000, 42001, 42003, 42010, 42100 (pour chaque acte, 1 fois par 12 mois)
42200, 42300, 42310, 42330, 42400, 42441, 42015,
42331, 42451, 42560, 42561, 42611, 42700, 42711, 42720

Traitements parondontaux d'appoint

Jumelages ou ligatures

43200, 43211, 43212, 43260, 43280, 43290, 43295

Services complémentaires

43300
43411, 43412, 43413, 43414, 43417, 43419, 49211 (un de ces codes par 6 mois)
43611, 43612, 43711, 43712 (1 fois par 4 ans)
43310, 43622, 43631, 43732, 43741 (1 fois par 12 mois)

Prothèse amovible

Restriction importante:
Les prothèses amovibles partielles ou complètes, temporaires ou permanentes, sont remboursées une seule fois par période de quatre (4) ans.

Cependant, une prothèse amovible permanente partielle ou complète est également remboursée si elle remplace une prothèse amovible immédiate de transition, partielle ou complète et que son remplacement est nécessaire et s'effectue après au moins six (6) mois suivant la date d'installation de la prothèse immédiate de transition.

Dans des situations particulières, à la suite d'un acte chirurgical pendant que la personne assurée est protégée et si la prothèse amovible permanente partielle ou complète actuelle ne peut être modifiée, la prothèse amovible permanente partielle ou complète pourra être refaite en moins de quatre (4) ans suivant l'examen du cas par l'assureur.

PROTHÈSES COMPLÈTES AMOVIBLES

Prothèses complètes - standard
51100, 51110, 51120

Prothèses complètes - équilibrées
51201, 51202, 51203

Prothèses complètes immédiates (incluant trois visites de contrôle dans les trois mois suivant l'insertion et les conditionneurs de tissus, mais non le regarnissage ou rebasage permanent)
51300, 51310, 51320

Prothèses complètes immédiates (de transition)
51600, 51610, 51620

Prothèses complètes hybrides - standard
51701, 51702, 51703

Prothèses complètes hybrides - équilibrées
51711, 51712, 51713

Prothèses complètes amovibles retenues aux implants par des attaches
51911, 51912, 51914, 51915

Prothèses complètes amovibles retenues par une barre de rétention vissée aux implants (cf. 67503 pour la barre de rétention)
51921, 51922

Prothèses complètes hybrides, supportées uniquement par des implants
51931, 51932

PROTHÈSES PARTIELLES AMOVIBLES

Examen et radiographies, cf. section Soins de diagnostic

Prothèse partielle amovible immédiate, de transition ou permanente
52101, 52102, 52103, 52120, 52121, 52129, 52122, 52123, 52124, 52230, 52231, 52232

Prothèse partielle amovible sur implants
52311, 52312, 52314, 52315, 52321, 52322

Prothèse partielle amovible avec base coulée,
alliage chrome cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés
52400, 52410, 52420, 53131, 53132, 53133, 53150,
52500, 52510, 52520, 53221, 53222, 53223, 52530, 52541

Prothèse partielle amovible avec attaches de précision
52600, 52610, 52620

Prothèse partielle coulée de type semi-précision
52601, 52611, 52630

Prothèse partielle hybride base coulée
52701, 52702

Prothèse partielle avec base coulée sur implants
52711, 52712, 52714, 52715, 52721, 52722

AJUSTEMENTS D'UNE PROTHÈSE

Après les visites requises dans les trois (3) mois suivant l'insertion, ou lorsque effectués par une personne autre que celle qui a mis la prothèse en bouche.

Remontage et équilibrage de prothèses complètes ou partielles
54300, 54301, 54302 (codes remboursés à 60 %, 1 fois par 4 ans)

Ajustements mineurs
54250, 54251 (codes remboursés à 80 %)

Réparation sans empreinte
55101, 55102, 55103, 55104 (codes remboursés à 80 %)
56631 (code remboursé à 80 %, 1 fois par 4 ans)

Réparation avec empreinte
55201, 55202, 55203, 55204 (codes remboursés à 80 %)

Ajouts de structure à une prothèse partielle
55520, 55530, 55700 (codes remboursés à 80 %)

Regarnissage d'une prothèse complète à l'autopolymérisant
56200, 56201 (codes remboursés à 80 %)

Regarnissage d'une prothèse partielle à l'autopolymérisant (unilatéral ou bilatéral)
56210, 56211 (codes remboursés à 80 %)

Regarnissage d'une prothèse complète ou partielle, effectué en laboratoire
56220, 56221, 56222, 56230, 56231, 56232 (codes remboursés à 80 %)

Regarnissage d'une prothèse sur implants
56241, 56242, 56243, 56244, 56251, 56252 (codes remboursés à 80 %)
56253, 56254

Rebasage (jump)
56260, 56261, 56280, 56262, 56263, 56290 (codes remboursés à 80 %)

Garnissage temporaire thérapeutique, par rendez-vous
56270, 56271, 56272, 56273 (codes remboursés à 80 %)

Prothèse partielle, réfection (lorsque la structure métallique ou le squelette est conservé)
56411, 56412, 56413 (codes remboursés à 60 %)
(1 fois par 4 ans)

Remplacement d'attache(s) d'une prothèse complète sur implants
56605, 56606

Prothèse maxillo-faciale
57202

Prothèse pour l'apnée du sommeil
58151 (1 fois par 4 ans)

Prothèse fixe

Restriction importante:
Les prothèses fixes sont remboursées une seule fois par période de quatre (4) ans.

Couronne individuelle
27100, 27110, 27130, 27140, 27150, 27200, 27210, 27300, 27310, 27401, 28211, 27343, 27345

Corps coulés
27640, 27700, 27701, 27707, 27710, 27711, 27712

Pilier sur implant
27715, 27716, 27717, 27718

Autres services
27721, 27722, 27723, 29100, 29300

Pivot préfabriqué
Ex.: flexipost, parapost, dentatus, composipost, etc.
29501, 29502, 29503
25751, 25752, 25753

Reconstruction d'une dent avec tenon(s) en prévision d'une couronne
29600

PONTS FIXES

Pontique
62000, 62100, 62502, 62510, 62600, 62700, 62702, 62801

Pont papillon (Maryland, Rochette ou autre)
65500

Pont Monarch
65510

Pilier
67100, 67101, 67105, 67107, 67110, 67200, 67210, 67410, 67443, 67445, 67600, 67711, 67712, 67713, 67721, 67722, 67723

Barre de rétention
67501, 67503, 67504

Autres services de prothèse
69300

Tenon de rétention pour couronnes et/ou piliers
69701, 69702, 69703, 69704

Prothèse complète attachée à des implants osséo-intégrés
69821, 69822

Ablation d'une prothèse vissée sur implant(s) pour nettoyage ou réparation
69831, 69835 (codes remboursés à 80 %)

Réinsertion d'une prothèse vissée sur implant(s)
69845 (codes remboursés à 80 %)

Réparation
Note : La réparation de porcelaine, l'ablation du pont, la réparation et la cimentation font l'objet d'une rémunération distincte.
63031, 66600, 66601, 66610, 66620, 66710, 66720 (codes remboursés à 80 %)
66723

Chirurgie buccale

Examen et radiographie, cf. section Soins de diagnostic
Le tarif pour un acte chirurgical inclut le coût des points de suture nécessaires et d'un contrôle post-opératoire, si nécessaire.

Ablation de dent ayant fait éruption (sans complication), par quadrant
71101, 71111

Ablation chirurgicale (complexe)
72100, 72210, 72220, 72230, 72240, 72300, 72310, 72320, 72350
72410, 72411, 72412, 72430, 72440, 72450

Alvéolectomie
Cet acte comprend l'ablation de tissu osseux, l'alvéoplastie et la correction des muqueuses. L'alvéolectomie est une exérèse du procès alvéolaire pour corriger la hauteur ou la largeur de la crête afin d'obtenir une conformation normale.

Note : Frais de laboratoire : dans la cas d'une plaque chirurgicale, par exemple.
73020

Alvéoloplastie
Cet acte comprend l'incision, le lambeau, la correction osseuse et les sutures.
73100, 73110, 73123

Ostéoplastie
73133, 73134, 73135, 73140

Tubéroplastie (incluant l'ablation de tissu hyperplasique et l'exérèse de tissu osseux)
73150, 73151

Ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection)
73171, 73172, 73173, 73174, 73175, 73176

Ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection)
73181, 73182, 73183, 73184, 73185, 73186

Reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible
73360, 73361 (maximum: 1 fois par 4 ans)
Note : Le coût du matériau utilisé n'est pas inclus.

Extension des replis muqueux avec épithélisation secondaire
73381, 73382, 73383, 73384 (maximum: 1 fois par 4 ans)

Extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique
73401, 73402, 73403, 73404 (maximum: 1 fois par 4 ans)

Ablation de tumeur et de kyste
Ablation de tumeur
Tissu mou
74108, 74109

Ablation et curetage d'un kyste ou de granulôme intra-osseux
74408, 74409, 74410

Incision et drainage
75100, 75101, 75110

Ablation d'un corps étranger
75301, 75361

Réduction de fracture
Fracture simple de la mandibule
76210

Fracture simple du maxillaire
76310

Fracture de l'os alvéolaire
La rémunération pour la réduction d'une fracture alvéolaire comprend le débridement, les extractions nécessaires et l'immobilisation.
76910, 76911, 76912, 76913

Réparation d'une lacération de tissu mou
76950, 76951

Note : Le tarif est le même pour une lacération interne ou externe; cet acte comprend les pansements additionnels requis.

Lacération de part en part
76952, 76953

Frénectomie
77801, 77802, 77803

Dislocation de la mandibule
78110, 78111

Traitement des glandes salivaires
79103, 79104, 79105, 79106, 79113, 79144

DIVERS
79301, 79303

Lavage de l'antrum
79304, 79305

Fermeture d'une fistule oro-antrale
79306, 79307, 79308

Contrôle d'hémorragie
79400, 79401

Traitement post-chirurgical
79601, 79602

Guide chirurgical
79800, 79810, 79815 (codes remboursés à 60 %)

Greffe osseuse en vue d'implants
79811, 79812 (codes remboursés à 60 %)

Augmentation guidée de la crête alvéolaire en vue de la pose d'implant(s)
79821, 79822 (codes remboursés à 60 %)

Prélèvement de greffon
79851, 79852, 79853, 79854, 79855, 79856, 79857

Implants lamellaires
79911, 79912 (codes remboursés à 60 %)

Implants souspériostés
79942, 79943, 79944, 79945, 79946, 79947 (codes remboursés à 60 %)

Implants cylindriques osséo-intégrés
79951, 79959, 79961, 79969 (codes remboursés à 60 %)

Ablation d'implants
79991, 79992

Services généraux complémentaires

Anesthésie locale
92110, 92120

Consultation
93100

Visites professionnelles
94100, 94200, 94400

Médicaments
96100, 96101

Descriptions et restrictions des codes du Manuel des actes et des services denturologiques de l'Association des denturologistes du Québec.

PROTHÈSE AMOVIBLE

Restriction importante:
Les prothèses amovibles partielles ou complètes, temporaires ou permanentes, sont remboursées une seule fois par période de quatre (4) ans.

Cependant, une prothèse amovible permanente partielle ou complète est également remboursée si elle remplace une prothèse amovible immédiate de transition, partielle ou complète et que son remplacement est nécessaire et s'effectue après au moins six (6) mois suivant la date d'installation de la prothèse immédiate de transition.

Dans des situations particulières, à la suite d'un acte chirurgical pendant que la personne assurée est protégée et si la prothèse amovible partielle et permanente actuelle ne peut être modifiée, la prothèse permanente pourra être refaite en moins de quatre (4) ans suivant l'examen du cas par l'assureur.

PROTHÈSE COMPLÈTE

Prothèse complète équilibrée
31110, 31120, 31130

Prothèse complète
31210, 31220, 31230

Prothèse complète de transition
31510, 31520, 31530

Prothèse complète de recouvrement
31611, 31621, 31631

Prothèse complète sur implants, avec selle sur tissus
31710, 31720, 31730

Prothèse complète sur implants, avec barre de retient
31810, 31820, 31830

Barres de rétention
98889

Prothèse complète non-acrylique thermo-flex nylon, etc.
31910, 31920, 31930

Prothèse complète avec prothèse partielle métallique (C/P, P/C)
34701, 43701

Prothèse complète avec prothèse partielle métallique équilibrée (C/P, P/C)
34702, 43702

PROTHÈSE COMPLÈTE IMMÉDIATE

Note : Incluant le conditionneur de tissus et les ajustements jusqu'à 3 mois de la mise en bouche. Les rebasages permanents ne sont pas compris.

Prothèse complète immédiate
31211, 31221, 31231

Prothèse complète immédiate de transition
31511, 31521, 31531

PROTHÈSE PARTIELLE (BASE MÉTALLIQUE)

Prothèse partielle équilibrée avec selle libre
41110, 41120, 41130

Prothèse partielle avec selle libre
41112, 41122, 41132

Prothèse partielle sans selle libre
41210, 41220, 41230

Prothèse partielle avec attachement de précision
41310, 41320, 41330

Prothèse partielle avec attachement de semi-précision
41410, 41420, 41430

PROTHÈSE PARTIELLE (BASE ACRYLIQUE)

Avec crochets façonnés
41610, 41620, 41630, 41710, 41720, 41730

Sans crochet
41612, 41622, 41632, 41712, 41722, 41732

Non-acrylique thermo-flex nylon, etc.
41913, 41923, 41933

PROTHÈSE PARTIELLE IMMÉDIATE (BASE ACRYLIQUE)

Avec crochets façonnés
41611, 41621, 41631, 41711, 41721, 41731

Sans crochet
41613, 41623, 41633, 41713, 41723, 41733

AUTRES SERVICES
Après les visites requises dans les trois (3) mois suivant l'insertion, ou lorsque effectués par une personne autre que celle qui a mis la prothèse en bouche.

Regarnissage en prothèse complète
32110, 32120, 32130, 32111, 32121, 32131 (codes remboursés à 80 %)
32210, 32220, 32230, 32410, 32420, 32430

Regarnissage en prothèse partielle
42110, 42120, 42130, 42111, 42121, 42131 (codes remboursés à 80 %)
42210, 42220, 42230, 42410, 42420, 42430

Rebasage en prothèse complète
33110, 33120, 33130 (codes remboursés à 80 %)

Rebasage en prothèse partielle
43110, 43120, 43130 (codes remboursés à 80 %)

REMONTAGE POUR ÉQUILIBRER L'OCCLUSION

En prothèse complète
35110, 35120, 35130 (codes remboursés à 60 %, 1 fois par 4 ans)

En prothèse partielle
45110, 45120, 45130 (codes remboursés à 60 %, 1 fois par 4 ans)

Note : Tous les codes ci-après sont remboursés à 80 %.

RÉPARATIONS

En prothèse complète
36110, 36120, 36210, 36220

En prothèse partielle
45210, 45220, 45230, 46110, 46120, 46210, 46220, 46310, 46320

Réparation de prothèse sur implants
36310, 36320, 36410, 36420

REGARNISSAGE TEMPORAIRE

En prothèse complète
37110, 37120

En prothèse partielle
47110, 47120

AJUSTEMENTS

En prothèse complète
38110, 38120

En prothèse partielle
48110, 48120

ACCESSOIRES POUR LA RÉPARATION
56102, 56200, 56300, 71010, 71000, 56301, 56100, 56101, 56302

SERVICES ADDITIONNELS ET MATÉRIAUX
73050

CONTRÔLE ANNUEL

De la prothèse complète
30105

De la prothèse partielle
40105

N.B. : Ce dépliant est distribué à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions de la police.

NOTES

NOTES

NOTES

SIÈGE SOCIAL
2525, boulevard Laurier
Case postale 10500
Sainte-Foy (Québec) G1V 4H6
Service à la clientèle
Tél.: (418) 651-6509
1 800 243-2492

N.B. Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

BV3735F (2004-04)