

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Conjoint

L'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations est marié à un adhérent et cohabite avec lui; ou est de sexe opposé de l'adhérent et vit maritalement avec lui depuis au moins 3 ans ou depuis 1 an si un enfant est né de leur union de fait, étant précisé qu'un jugement conditionnel de divorce ou de séparation de corps, prononcé entre l'adhérent et le conjoint, fait perdre ce statut de conjoint; de même la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait, fait perdre ce statut de conjoint.

Enfant à charge

Un enfant non marié, d'un adhérent ou de son conjoint, qui réside avec lui et aux besoins duquel l'adhérent subvient entièrement ou dans une large mesure et qui est âgé de plus de 24 heures et de moins de 18 ans, ou est âgé de plus de 18 ans et de moins de 25 ans et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue, ou quel que soit son âge, s'il a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré totalement et continuellement invalide depuis cette date.

2. Adhésion

L'adhésion est facultative pour tout employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu, pourvu qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité. Tout employé désirant adhérer au présent contrat doit compléter une demande d'adhésion au cours de la période de 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible. Aucune autre demande ne sera acceptée après l'expiration de cette période.

3. Admissibilité

Tout adhérent, de moins de 65 ans dont la garantie d'assurance soins dentaires cesse d'être en vigueur en vertu du contrat antérieur pour une raison autre que la retraite, est admissible à l'assurance dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de ses fonctions. Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance, soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

4. Cessation de l'assurance

L'assurance d'un adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- La date de la fin du contrat;
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée;
- La date de réception par l'Assureur de l'avis écrit de l'adhérent qui désire mettre fin à son assurance, ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis laquelle est la plus éloignée;
- La date de son 65^e anniversaire de naissance.

L'assurance des personnes à charge, le cas échéant, se termine à la première des deux dates suivantes :

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.

5. Demande de prestations

L'assuré présente sa carte de services au dentiste. Le système valide la carte et indique si les soins sont assurés ainsi que le pourcentage de remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur. L'assuré paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires (incluant la franchise, s'il y a lieu). Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et doit faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur.

TAUX DE PRIME ANNUELS AU 1 ^{ER} JANVIER 2015		
Âge de l'adhérent	Plan individuel	Plan familial
24 ans et moins	785,48 \$	1 434,83 \$
25 à 29	746,68 \$	1 381,95 \$
30 à 34	746,68 \$	1 452,04 \$
35 à 39	669,07 \$	1 609,76 \$
40 à 44	669,07 \$	1 785,33 \$
45 à 49	591,46 \$	1 767,49 \$
50 à 54	591,46 \$	1 662,33 \$
55 à 59	514,16 \$	1 329,38 \$
60 à 64	514,16 \$	1 189,18 \$


Aucune taxe n'est ajoutée aux coûts indiqués dans ce document.

Modification des taux de prime

L'Assureur peut modifier les taux de prime à la fin de la première période contractuelle ou en tout temps par la suite. Toutefois, en cas d'augmentation, l'Assureur doit indiquer par écrit au Preneur les nouveaux taux au moins 30 jours à l'avance et aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente.

Changement de politique gouvernementale

Si le gouvernement fédéral ou provincial adopte ou modifie des lois ou des règlements qui pourraient influencer la tarification de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit d'ajuster les taux de primes pour les garanties concernées, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adoption ou de la modification de ladite loi ou dudit règlement.


La Capitale
Assureur de
l'administration publique

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Québec
625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal
425, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 820
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856

RÉGIME INDIVIDUEL D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Assuré par



Contrat 3998

Janvier 2015

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

Février 2015

FRAIS ADMISSIBLES

Lorsqu'un assuré encourt des frais pour des traitements dentaires tels que définis ci-après, rendus et recommandés par un dentiste, l'Assureur rembourse à 80 % les soins préventifs, les frais de restauration de base et de restauration majeure. Le remboursement pour l'ensemble de ces protections est limité à 1 000 \$ par année civile, par personne assurée. Une franchise de 75 \$ pour une protection individuelle et de 150 \$ pour une protection familiale est applicable annuellement.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement encourus, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec présentement en vigueur.

SOINS PRÉVENTIFS

1. Diagnostic

- Examen buccal clinique (maximum 1 par 6 mois consécutifs); 01110 à 01700

2. Radiographies (maximum 1 séance par 6 mois consécutifs)

- Films intra-oraux; 02111 à 02152
- Films extra-oraux; 02201 à 02504
- Tomographie; 02920, 02929

La série complète de pellicules périapicales et interproximales est remboursable 1 fois par période de 36 mois.

3. Prévention

- Polissage de la partie coronaire des dents (maximum 1 traitement par 6 mois consécutifs); 11100 à 11300
- Détartrage, parotontal (maximum 1 traitement par 6 mois consécutifs); 43411 à 43414, 43417, 43419
- Application de fluorure (maximum 1 traitement par 6 mois consécutifs); 12400
- Finition des obturations; 13300 à 13301
- Scellants de puits et de fissures; 13401 et 13404
- Antimicrobien; 13600
- Meulage interproximal; 13700
- Améloplastie; 13715

RESTAURATION DE BASE

1. Restauration

Dents primaires

- Antérieures ou postérieures en amalgame; 21101 à 21105
- Antérieures en composite; 23311 à 23315
- Postérieures en composite; 23411 à 23415
- Antérieures ou postérieures en amalgame lié par mordançage; 21121 à 21125

Dents permanentes

- Antérieures et prémolaires en amalgame; 21211 à 21215
- Molaires en amalgame; 21221 à 21225
- Antérieures et prémolaires en amalgame lié par mordançage; 21231 à 21235
- Molaires en amalgame lié par mordançage; 21241 à 21245
- Antérieures en composite; 23111 à 23118, 23122
- Prémolaires en composite; 23210 à 23215

- Molaires en composite; 23220 à 23225
- Tenons par restauration; 21301 à 21304
- Supplément pour une obturation; 21601

2. Chirurgie buccale

- Ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication); 71101 à 71121
- Ablation chirurgicale (complexe); 72100 à 72450
- Alvéolectomie; 73020
- Alvéoloplastie; 73100 à 73110
- Stomatoplastie; 73123
- Ostéoplastie; 73133 à 73140
- Tubéroplastie; 73150 et 73151
- Ablation de tissu hyperplasique; 73171 à 73176
- Ablation de surplus de muqueuse; 73181 à 73186
- Reconstruction du procès alvéolaire; 73360, 73361
- Extension des replis muqueux avec épithélisation secondaire; 73381 à 73384
- Extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique; 73401 à 73404
- Ablation et curetage de tumeur et de kyste; 74108 à 74410
- Incision et drainage; 75100 à 75110
- Ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux et le tissu mou; 75301, 75361
- Frénectomie; 77801 à 77803
- Contrôle d'hémorragie; 79400 et 79401
- Traitement postchirurgical; 79601 et 79602

3. Services généraux

- Anesthésie locale; 04470, 04471
- Sédation consciente par inhalation; 92311 à 92319
- Visites professionnelles; 94100, 94200, 94400
- Sédation consciente par intraveineuse; 92331 à 92339
- Sédation consciente par voie orale; 92421 à 92429

RESTAURATION MAJEURE

1. Endodontie

Urgence endodontique

- a) Contrôle de la douleur; 20111, 20121, 20131, 20161
- b) Pulpotomie ; 32201, 32202, 32210
- c) Pulpectomie d'urgence; 39901 à 39904
- Traumatisme endodontique; 39970, 39981 et 39985
- Ouverture et drainage; 39201, 39202
- Traumatisme endodontiques généraux; 39100 à 39120, 33100 à 33412 et 33475
- Apexification; 33521 à 33524, 33531 à 33534, 33541 à 33544

Chirurgie endodontique

- a) Apectomie; 34101 à 34104
- b) Apectomie et traitement de canal; 34111 à 34115
- c) Apectomie et retraitement de canal; 34171 à 34175
- d) Obturation rétrograde; 34201 à 34212 et 34215
- e) Amputation de racine; 34401 et 34402
- f) Hémi-section; 39230
- g) Réimplantation; 34451 à 34453
- h) Réparation de perforation; 34511

Autres services endodontiques

- Supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne; 32101

- Tentative infructueuse de compléter un traitement de canal; 32102

Traitements endodontiques généraux

- Préparation d'une dent en vue d'un traitement; 39100, 39110, 39120

2. Blanchiment

- Blanchiment d'une dent (maximum 10 applications par année pour toutes les dents); 39410
- Blanchiment au cabinet; 97101 et 97102

3. Parodontie

- Soins des infections aiguës et des autres lésions; 41200
- Application d'agent désensibilisant (maximum 10 applications par année, par assuré, pour toutes les dents); 41300
- Chirurgie parodontale
 - a) Surfaçage radiculaire; 42000, 42001
 - b) Gingivoplastie et/ou gingivectomie; 42002, 42003 et 42010
 - c) Approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéectomie par sextant; 42100
 - d) Irrigation parodontale; 49211
 - e) Application d'agent antimicrobien; 49221 et 49229
 - f) Greffe gingivale; 42570 et 42575
 - g) Greffe autogène de tissus mous par site; 42200, 42300 et 42301
 - h) Greffe tissus conjonctifs; 42560, 42561 et 42565
 - i) Résection de fibres gingivales; 42330 et 42331
 - j) Opération « Distal Wedge »; 42400
- Jumelages provisoires; 43200, 43211, 43212, 43260, 43290, 43295
- Équilibration de l'occlusion; 43300 et 43310
- Appareil occlusal de correction et ajustements; 43611, 43612, 43622, 43631
- Appareil intra-oral et ajustements; 43711, 43712, 43732, 43741

4. Ajustement d'une prothèse

- Ajustements mineurs à la condition que ces ajustements soient prodigués plus de 6 mois après la pose initiale de la prothèse; 54250 et 54251
- Remontage avec balancement; 54300 à 54302

5. Rebasage et regarnissage

- Regarnissage d'une prothèse complète ou partielle; 56200 à 56232
- Rebasage (jump); 56260 à 56263, 56280, 56290
- Garnissage temporaire thérapeutique; 56270 à 56273
- Remplacement des dents; 56602

Restrictions : Ces services seront remboursables à la condition qu'ils soient effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier rebasage ou regarnissage, selon le cas. Toutefois, ces services ne seront pas remboursables s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

Aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- Les traitements dentaires gratuits ou que l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible, ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat.
- Les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance-maladie à laquelle l'assuré a adhéré.
- Les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire; ou qui ne sont pas recommandés ou approuvés par le dentiste traitant, ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire.
- Les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement des dents saines en vue d'en modifier l'apparence.
- Les traitements dentaires nécessités par suite de blessure qui aurait été infligée intentionnellement, que l'assuré soit sain d'esprit ou non, de guerre, ou de participation à une insurrection réelle ou appréhendée.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour remplir des formulaires de réclamation requis par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps passé à voyager, le coût de son transport et les conseils donnés par tout moyen de télécommunications.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit le temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec l'assuré; pour consultation avec un autre dentiste.
- Les honoraires facturés par un dentiste pour l'analyse d'une diète alimentaire et les recommandations pour l'instruction initiale ainsi que la reprise des conseils d'hygiène buccale, pour un programme de contrôle de la plaque dentaire et pour tout protecteur buccal.
- Les frais encourus alors que la présente garantie n'était pas en vigueur.