

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



Avec la collaboration de :
Samson Groupe Conseil Inc.

Dawson Teachers Union
Cadres - Contrat : 2054
Régime modifié le 1^{er} Décembre 2015

IMPORTANT

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou auprès de votre employeur.



Cette brochure a été imprimée sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation. Un simple geste afin de mieux gérer l'environnement et nos ressources.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
Frais dentaires de prévention	4
Frais de restauration de base	5
Frais de restauration majeure.....	6
Frais de restauration complexe	8
Renseignements généraux	
• Conjoint	11
• Enfant à charge	11
• Adhésion et admissibilité	11
• Invalidité totale.....	11
• Exonération des primes	12
• Terminaison de l'assurance.....	12
• Droit de transformation	12
• Prolongation de l'assurance	12
• Exclusions.....	12
Demande de prestations	15

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'Assureur paie pour l'ensemble de ces protections jusqu'à concurrence d'un remboursement de 2 000 \$ par année civile par personne assurée:

- Module A 100 % des frais de prévention;
- Module B 90 % des frais de restauration de base;
- Module C 80 % des frais de restauration majeure;
- Module D 50 % des frais de restauration complexe.

Une seule franchise annuelle de 25 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, est applicable sur les frais de restauration de base, majeure et complexe.

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 de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec présentement en vigueur.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 1994 » approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association. Tout nouveau numéro de code d'acte dentaire relatif aux frais décrits ci-après, qui s'ajoute pendant la durée du contrat est considéré comme faisant partie intégrante de la description des frais admissibles en vertu du présent contrat.

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

FRAIS DENTAIRES DE PRÉVENTION

1. Examen buccal clinique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 6 mois consécutifs. Toutefois, l'examen d'urgence n'est pas sujet à cette limitation
2. Radiographies
 - films intra-oraux
 - films extra-oraux
 - interprétation de radiographies provenant d'une autre source
 - tomographie

Limitation

Pas plus d'une séance de radiographies sera remboursable par période de 6 mois consécutifs; à l'exception de la séance de radiographies effectuées lors d'un examen d'urgence; de plus, la série complète de pellicules périapicales et interproximales ne sera remboursable qu'une fois par période de 36 mois consécutifs.

3. Prévention

- Polissage de la partie coronaire des dents jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs
- Détartrage ou polissage des racines, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs relativement à chacun de ces actes dentaires
- Application topique de fluorure, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 6 mois consécutifs
- Finition des obturations
- Scellants de puits et fissures
- Contrôle de la carie
- Meulage interproximal
- Odontotomie prophylactique et /ou améloplastie

FRAIS DE RESTAURATION DE BASE

1. Restaurations:

- Dents primaires
 - a) postérieure en amalgame
 - b) antérieure en composite
 - c) postérieure en composite
- Dents permanentes
 - a) amalgame antérieure et prémolaire
 - b) amalgame molaire
 - c) composite antérieure permanente
 - d) composite prémolaire permanente
 - e) composite molaire permanente
- Tenons, pour restauration

2. Chirurgie buccale

- ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication)
- ablation chirurgicale (complexe)
- alvéolectomie
- alvéoplastie
- ostéoplastie

- tubéroplastie
- ablation de tissu hyperplasique
- ablation de surplus de muqueuse
- extension des replis muqueux avec épithésialisation secondaire
- extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique
- ablation et curetage d'une tumeur ou d'un kyste
- incision et drainage chirurgicaux
- ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux
- frénectomie
- hémorragie, contrôle

3. Services généraux complémentaires:

- anesthésie locale
- anesthésie générale (coût de l'anesthésique seulement)
- sédation consciente par inhalation
- visites professionnelles

FRAIS DE RESTAURATION MAJEURE

1. Endodontie:

- urgence endodontique
 - a) pulpotomie
 - b) pulpectomie (acte d'urgence distinct)
- traumatisme endodontique
- traitements endodontiques généraux
- apexification
- chirurgie endodontique périapicale
 - a) apéctomie
 - b) apéctomie et traitement de canal
 - c) apéctomie et obturation rétrograde
 - d) amputation de racine
 - e) réimplantation intentionnelle
 - f) hémisection
 - g) stabilisateur endodontique intra-osseux

- Blanchiment d'une dent dévitalisée effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 séances, par année civile, par assuré
- Blanchiment de dents vivantes effectué au cabinet par le dentiste, jusqu'à concurrence d'une séance, par année civile, par assuré pour toutes les dents

2. Périodontie:

- soins des infections aiguës et autres lésions
- application d'agent désensibilisant jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année par personne assurée pour toutes les dents
- Services parodontaux, chirurgicaux

Surfaçage radiculaire et curetage

- a) première dent
 - b) dent additionnelle
 - c) gingivoplastie
 - d) gingivectomie
 - e) approche par lambeau avec ostéoplastie/ostéoectomie par sextant
 - f) approche par lambeau avec curetage de défauts osseux par sextant
 - g) greffe osseuse par sextant, sites multiples, dans le même sextant
 - h) greffe pédiculée, tissus mous, par site
 - i) vestibuloplastie par sextant
 - j) résection des fibres gingivales (fibrotomie)
 - k) Wedge interproximal (mésial ou distal)
 - l) chirurgie exploratoire, avec approche par lambeau, par sextant
 - m) greffe, tissus conjonctifs libres, par site
 - n) greffe osseuse autogène
 - o) régénération du parodonte selon méthode guidée, par sextant
 - p) transplant d'os allogène et autres matériaux de comblement
 - q) visite de contrôle postopératoire pour changement du pansement
- jumelage
 - ablation ou recimentation d'un jumelage provisoire
 - équilibrage de l'occlusion
 - appareils parodontaux
 - appareil intra-oral

FRAIS DE RESTAURATION COMPLEXE

1. 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
- équilibrage (prothèse complète ou partielle)

2. Réparations complètes ou partielles de prothèse

- réparation sans empreinte
- réparation avec empreinte
- ajout de structure à une prothèse partielle

3. Remontage et regarnissage

- regarnissage d'une prothèse complète ou partielle
- rebasage (jump) prothèse complète
- garnissage temporaire thérapeutique

4. Restriction concernant le point 3

Ces services dentaires 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 regarnissage ou rebasage, selon le cas.

Toutefois, ces services ne seront pas remboursables, s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

5. Modèles de diagnostics

- non montés
- montés

6. Restauration

- aurification
- incrustation
 - a) métal
 - b) porcelaine, résine ou céramique
- tenons de rétention dans l'incrustation
- couronnes

7. Prothèse et pont fixes

- couronne, acrylique
- corps coulé
- recimentation d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot ou de fragment de dent brisée
- pivot préfabriqué
- reconstitution d'une dent

8. Prothèse amovible

- prothèse complète standard
- prothèse complète immédiate
- prothèse complète immédiate (de transition)
- prothèse complète hybride standard
- prothèse partielle, acrylique (immédiate, de transition ou permanente)
- prothèse partielle, base coulée (alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés/façonnés)
- prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision
- prothèse partielle coulée de type semi-précision
- réfection prothèse partielle

9. Prothèse et pont fixes

- pontique
- pont papillon (Rochette) ou Maryland

10. Réparations, pont fixe

- ablation d'un pont devant être recimenté
- immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique en vue de souder une fracture
- ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier
- recimentation, pont fixe
- attache de précision, par dent. Toutefois, pas plus d'un remboursement par 5 années consécutives

- réparations, pont fixe
- piliers
- tenon de rétention pour couronnes et/ou piliers

11. Restriction concernant les prothèses amovibles, fixes et fixes extensives

- le remplacement d'une prothèse ou l'addition de dents à une prothèse amovible ou fixe extensive seront remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante:
 - que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire suite à l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse, ou
 - que la prothèse ne peut être réparée et, si cette prothèse a été mise en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires complémentaires était en vigueur, qu'il se soit écoulé au moins 5 ans avant le remplacement.
- regarnissage ou rebasage;
 - * ces services dentaires 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 regarnissage ou rebasage, selon le cas.
Toutefois, ces services ne seront pas remboursables, s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).
 - lorsque des prothèses fixes servent de piliers à une prothèse fixe extensive, ces dernières sont remboursables selon les mêmes coordonnées que les prothèses fixes extensives.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Définitions

Conjoint :

L'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- i) est marié à l'adhérent; ou
- ii) vit maritalement avec lui depuis 1 an, ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent; ou
- iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé qu'un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint, ou dans le cas d'une union de fait, la séparation de fait depuis au moins 90 jours, fait perdre ce statut de conjoint.

Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

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 21 ans, ou est âgé de plus de 21 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 et admissibilité

Les cadres sont admissibles à la date d'emploi et l'adhésion est obligatoire. Cependant, l'assurance des personnes à charge est facultative.

3. Invalidité totale ou totalement invalide

Pendant les 24 premiers mois d'invalidité totale : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel et qui exige des soins médicaux continus.

Après ce délai : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'exercer tout emploi pouvant lui procurer une rémunération et pour lequel il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

L'invalidité totale est déterminée sans égard à l'existence ou à la disponibilité d'un tel emploi.

L'adhérent qui doit détenir un permis ou une licence émis par l'État afin d'accomplir les tâches de son emploi habituel n'est pas considéré totalement invalide du seul fait que ce permis ou cette licence lui a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

4. Exonération des primes

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration d'une période de 6 mois. Toutefois, l'exonération se termine si le contrat prend fin.

5. Terminaison de l'assurance

La garantie d'assurance soins dentaires de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes:

- a) la date de la fin du contrat;
- b) la date à laquelle l'adhérent termine son emploi pour une autre raison que la retraite, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation »;
- c) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée sous réserve de l'article "Exonération des primes en cas d'invalidité totale";
- d) la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit de l'adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de la garantie d'assurance soins dentaires ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée;
- e) sa date de mise à la retraite, à moins qu'il ne fasse parvenir un avis écrit à l'Assureur, indiquant sa décision de maintenir sa part de soins dentaires dans les 31 jours suivant la date de sa retraite.

6. Droit de transformation

Tout adhérent qui cesse d'être assuré aux termes de cette garantie parce qu'il cesse d'être admissible pour une raison autre que la mise à la retraite peut, en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité, obtenir une police d'assurance soins dentaires individuelle d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances.

7. Prolongation de l'assurance

Au décès d'un adhérent, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la plus proche des dates suivantes :

- 24 mois après le décès de l'adhérent;
- la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent avait été vivant;
- la date de résiliation du contrat.

8. Exclusions

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement ne sera effectué par l'Assureur pour :

- 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 que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite 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 compléter des formules de réclamation requises par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tous moyens de télécommunication;
- appareils ou restaurations nécessaires pour augmenter la dimension verticale des dents ou rétablir l'occlusion;
- les traitements dentaires effectués habituellement pour ou en vue d'un traitement orthodontique, incluant les appareils de maintien et les modèles de diagnostic;
- duplicata de radiographie, pellicules panoramique et céphalométriques;
- tests et examens de laboratoire requis pour fins de diagnostics, à l'exception du test de vitalité;
- 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 diagnostic 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 réinstruction d'hygiène buccale, et pour un programme de contrôle de la plaque dentaire; pour tous protecteurs buccaux;
- les traitements de chirurgie buccale suivants :
 - abaissement du plancher de la bouche, total ou partiel
 - réduction de fracture
 - réparation d'une lacération de tissu mou
 - dislocation de la mandibule
 - traitement des glandes salivaires

- recouvrement immédiat ou non immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger ayant pénétré dans l'antrum
- fermeture oro-antrale immédiate
- lavage de l'antrum
- fermeture d'une fistule oro-antrale
- traitement post-chirurgical
- les injections thérapeutiques intramusculaires ou intraveineuses ou toute autre médication;
- les jumelages provisoires à l'occasion de traitements de périodontie;
- les modèles de diagnostic suivants :
 - localisation et transfert de l'axe transverse
 - données pantographiques
 - photographie(s) diagnostique(s)
 - toute équilibration pilote de l'occlusion
 - cirage diagnostic en vue d'une préévaluation, ou en vue d'évaluer l'interdigitation dentaire
 - cirage gnathologique
 - montage de modèles
 - montage de modèles d'études afin d'établir un traitement avec restaurations extensives ou complexes
 - pour orthodontie
- nettoyage et polissage d'une prothèse amovible;
- duplication d'une prothèse amovible;
- remplacement d'une prothèse perdue, volée ou manquante;
- les frais encourus alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Service de paiement automatisé

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.

POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Québec

625, St-Amable
Case Postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal

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

Numéro sans frais : 1 800 463-4856
Application mobile La Capitale



Le preneur peut en tout temps, après entente avec l'assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

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

2054ca.doc (2015.12.14)mj