

Régimes de soins dentaires à l'intention des personnes à charge

En juin 1987, le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada a approuvé la mise en œuvre du Régime de soins dentaires à l'intention des personnes à charge des Forces canadiennes (RSDPC). Le régime a été mis en vigueur le 1^{er} octobre 1987 dans le but d'offrir une couverture dentaire aux personnes à charge de tous les membres de la Force régulière ainsi que de la Force de réserve en service de classe "C". Dès qu'une période de 3 mois de service et accomplie suite à l'enrôlement, les membres sont admissibles à participer sur une base volontaire à ce régime sans contributions, en passant par la salle de rapport de leur unité.

Vous trouverez ci-bas le lien aux instructions administratives du RSDPC. Elles ont été créées dans le but d'offrir aux commis des salles de rapport d'unité, des directives et lignes de conduite nécessaires à l'administration du RSDPC.

Guide du régime de soins dentaires des Forces canadiennes - Révision 1,3

Introduction

PARTIE I - Adhésion

1. Qui peut profiter du régime
2. Date d'entrée en vigueur de la protection
3. Fin de la protection
4. Utilisation du numéro de matricule
5. Congé sans solde
6. Protection pour les membres de la Force de réserve

PARTIE II - Prestations

1. Services admissibles
2. Maximum remboursable
3. Limites du remboursement
4. Dépenses admissibles
5. Plan de traitement

PARTIE III - Règlement

1. Militaires de la Force régulière ou en service de Classe C
2. Militaires de la Force de réserve (classe A et B)
3. Double protection
4. Demande de règlement
5. Différends

ANNEXE A - Tableau des cotisations mensuelles

ANNEXE B - Services dentaires admissibles

ANNEXE C - Exclusions et limites

ANNEXE D - Bureaux de service des règlements

Formulaire de demande de règlement



Introduction

La présente brochure décrit la garantie procurée par le régime de soins dentaires des Forces canadiennes (RSD). Le coût du régime est entièrement assumé par le Conseil du Trésor.

Les modalités du régime sont décrites dans le règlement du RSD. En cas de divergence entre la présente brochure, qui n'est donnée qu'à titre d'information, et le règlement, c'est ce dernier qui prévaudra.

La brochure comprend trois sections: les conditions d'adhésion, les prestations et les limites de remboursement et, enfin, le règlement des frais remboursables.

Vous ne trouverez dans cette brochure que des renseignements généraux; pour plus de précisions, veuillez vous adresser à la salle des rapports de votre unité.

Nota: Pour ne pas alourdir le texte, le masculin (tel que "employé") est utilisé avec une valeur de neutre à l'égard du sexe.



PARTIE I - Adhésion

1. Qui peut profiter du régime

(Aux fins de cette brochure, le terme "régime" fait référence au régime de soins dentaires à l'égard des employés de la Fonction publique et leurs personnes à charge admissibles, personnes à charge admissibles des militaires de la Force régulière, des réservistes ou de leurs personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, et des personnes à charge admissibles des membres de la GRC.)

Peuvent profiter du régime tous les conjoints et enfants admissibles.

(a) Conjoint admissible

Aux fins du régime, le terme "conjoint" désigne la personne que vous avez épousée ou la personne avec qui vous vivez en union de fait, et qui a été reconnue conformément avec les dispositions des OAF 19-41.

(b) Enfants admissibles

Aux fins du régime, le terme "enfant" désigne vos enfants célibataires (y compris les enfants adoptifs, les beaux-fils, les belles-filles, et les enfants en foyer d'accueil) et ce, à la condition qu'ils n'adhèrent pas au régime en tant qu'employés:

- de moins de vingt et un (21) ans;
- entre vingt et un (21) ans et vingt-cinq (25) ans, et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein; ou
- de vingt et un (21) ans et plus, s'ils sont atteints d'un handicap mental ou physique qui les rend incapables d'occuper un emploi leur permettant de subvenir à leurs propres besoins, et qui les rend ainsi dépendants et essentiellement à votre charge (*voir note plus loin*);



2. Date d'entrée en vigueur de la protection

Si vous êtes devenu admissible le 1er janvier 1992, ou après cette date, votre protection en vertu du RSD entre en vigueur le jour qui suit la période d'attente de trois (3) mois de service continu dans la Force régulière ou la Force de Réserve primaire.

Les nouvelles personnes à charge sont assurées en vertu du régime à partir de la date où elles deviennent des personnes à charge admissibles.

Nota: Votre enfant doit répondre à cette définition à votre date d'admissibilité au régime ou avoir été assuré en vertu du régime immédiatement avant son 21^e anniversaire de naissance. Si le handicap survient après l'âge de 21 ans, il faut que l'enfant ait été couvert comme étudiant avant le début du handicap mental ou physique.



3. Fin de la protection

Vous cessez automatiquement de participer au régime le jour où vous quittez les Forces canadiennes.

Votre conjoint n'est plus assuré par le régime lorsqu'il n'est plus votre conjoint, ou lorsque vous ne faites plus partie des Forces canadiennes à titre de membre actif.

Votre enfant n'est plus assuré lorsqu'il cesse d'être admissible au régime (par exemple, à l'âge de 21 ans, ou s'il étudie à temps plein, à l'âge de 25 ans) ou lorsque vous n'êtes plus membre actif des Forces canadiennes.

Exceptions

- Si un certain traitement dentaire qui s'étend sur plus d'une séance est entrepris avant que l'employé ou les personnes à sa charge ne cessent d'être protégés en vertu du régime, la protection en regard de ce traitement ne sera maintenue que si celui-ci prend fin dans les 31 jours civils qui suivent la date à laquelle cesse la protection. Il peut s'agir par exemple d'un traitement radiculaire dans le cadre duquel la chambre pulpaire est ouverte avant la date de cessation de la protection, d'une couronne, lorsque la préparation de la dent et la prise de l'empreinte sont effectuées avant que ne cesse la protection ou d'un traitement d'orthodontie en cours lorsque l'appareil initial est mis en bouche avant la cessation de la protection.



4. Numéro de matricule (Ceci s'applique aux militaires de la Force régulière ou en service de classe C)

Lorsque vous adhérez au régime, vous utiliserez le numéro de matricule (NM) comme numéro de certificat à l'égard de vos personnes à charge. Assurez-vous de bien indiquer votre NM sur toutes les demandes que vous présentez à l'égard de vos personnes à charge admissibles et sur toute la correspondance que vous aurez à entretenir avec l'administrateur du régime. Le NM vous sert d'identification auprès de l'administrateur du régime, La Great-West, Compagnie d'assurance-vie.



5. Congé sans solde (Ceci s'applique aux militaires de la Force régulière ou en service de classe C)

Si vous prenez un congé sans solde autorisé pour raisons de santé, maternité, paternité, adoption, éducation ou pour des motifs personnels (pour une période de trois mois ou moins), vous bénéficierez de la protection défrayée par l'employeur pendant toute la période de votre absence. Pour tout autre congé

sans solde autorisé, vous pouvez garder votre protection en versant la totalité des cotisations requises, à l'avance sur une base trimestrielle. Un tableau des cotisations mensuelles figure à l'annexe A. La salle des rapports de votre unité peut vous fournir de plus amples détails à ce sujet.

Si vous ne versez pas les contributions requises dans les délais prescrits, votre protection sera suspendue jusqu'au premier jour du mois suivant votre retour au travail.



6. Protection pour les membres de la Force de réserve

En tant que militaire faisant partie du programme des prestations de santé de la Réserve, certains réservistes et leurs personnes à charge sont admissibles au Régime de soins dentaires à l'intention des réservistes. Voici les règlements d'admissibilité:

Tout militaire s'étant enrôlé dans la première réserve, qui n'adhère pas déjà à un régime ou à un programme de soins dentaires et qui est en règle avec son unité, peut demander et peut se voir attribuer un numéro de certificat et sera protégé par le régime. En ce qui concerne les nouveaux enrôlés, ils sont admissibles au régime le jour suivant une période d'attente de trois mois de service.

En vertu de ce régime, un réserviste en service de classe A ou de classe B (180 jours ou moins), ne se verra rembourser que le coût de ses propres soins dentaires.

Tout réserviste en service de classe B (de plus de 180 jours) est réputé être dans la même situation qu'un militaire de la force régulière, c'est-à-dire que celui-ci peut recevoir des soins complets par l'entremise des unités dentaires des FC. Aux termes de ce régime, les personnes à charge admissibles de ce réserviste ont droit au remboursement des frais dentaires admissibles pour la durée du service de classe B.



PARTIE II - Prestations

Le régime de soins dentaires offre des services et des fournitures qui ne sont pas remboursés par un régime provincial d'assurance-maladie ou de soins dentaires. De plus, le régime rembourse seulement les traitements dentaires **raisonnables et habituels** qui sont requis pour prévenir ou corriger une maladie dentaire ou un défaut dentaire pourvu que ce traitement soit **conforme à la pratique dentaire généralement reconnue**.



1. Services admissibles

Une description détaillée des services admissibles figure à l'annexe B. Voici le résumé des principales caractéristiques des services admissibles du régime classés par catégorie:

a. Services remboursés à 90%

- **Diagnostic:**
(excluant les services liés aux restaurations majeures) examen, radiographies, examen en laboratoire
- **Prévention:** nettoyage et polissage, application topique de fluorure, appareils de maintien
- **Restaurations mineures:** par amalgame, silicate, acrylique ou composite

- **Endodontie:** traitement radiculaire
 - **Parodontie:** traitement des gencives
 - **Services mineurs relatifs aux prothèses (prothèses amovibles):** réparations et ajustements, rebasage superficiel et complet
 - **Chirurgie:** ablation, autres interventions chirurgicales
 - **Services complémentaires:** traitements d'urgence non précisés ailleurs, anesthésie
- b. **Services remboursés à 50%**
- **Restaurations majeures:** incrustations en or et en porcelaine, couronnes
 - **Services majeurs relatifs aux prothèses:** prothèses complètes, prothèses partielles, ponts fixes (piliers, pontiques), réparations d'appareils fixes (ponts fixes)
 - **Orthodontie:** (pour un conjoint assuré ou enfant assuré de moins de 21 ans ou âgé de 21 ans à 25 ans s'il fréquente l'école ou l'université à temps plein.)
 - traitements chirurgicaux, surveillance et ajustements, appareils fixes, appareils amovibles

Veillez noter que vous trouverez à l'annexe B des renseignements plus précis sur les services admissibles et les limites quant à la fréquence de certains d'entre eux.

Outre la révision des dépenses admissibles indiquées à l'annexe B, il est important de noter les exclusions et restrictions indiquées à l'annexe C.



2. Maximum remboursable

Sauf pour les services d'orthodontie, le maximum remboursable est de 1 250 \$ par année civile par personne protégée, pour l'ensemble des services admissibles. Ce montant est de 625 \$ pour l'année (excluant les services d'orthodontie) par personne protégée si vous, votre époux ou conjoint de fait et, le cas échéant, vos enfants adhérez au RSD le 1^{er} juillet ou par la suite.

À compter du 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2005, le maximum remboursable sera de 1 500 \$ par année civile par personne protégée et de 750 \$ si vous ou vos personnes à charge adhérez au RSD le 1^{er} juillet ou par la suite au cours d'une année donnée.

Les services d'orthodontie sont assujettis à une limite distincte à vie de 2 500 \$ par personne protégée, pour l'ensemble des services admissibles en vertu du régime.



3. Limites du remboursement

(a) Franchise

Pour chaque année civile, il existe une franchise minimale sur toute dépense dentaire. Seules les dépenses admissibles engagées pendant l'année civile et dépassant la franchise sont admissibles à un remboursement en vertu du régime.

La franchise annuelle est de 25 \$ par personne assurée. Toutefois, lorsque des dépenses admissibles sont engagées au cours d'une année civile à l'égard de plus d'un membre de la même famille, le montant de la franchise est limité à 50\$ par année civile.

Franchise reportée: si les premiers frais dentaires d'une année civile sont engagés au cours du dernier trimestre de l'année (d'octobre à décembre) et que la franchise applicable a été atteinte, le membre ne sera pas assujéti à une nouvelle franchise l'année suivante.

(b) Coassurance

Coassurance veut dire que vous et le régime partagez le coût des services sur une base de pourcentage. Le régime prévoit le remboursement d'un pourcentage des dépenses assurées engagées à l'égard d'un service ou d'une fourniture admissibles dont le montant dépasse la franchise annuelle. Par exemple, **on remboursera 50% des dépenses engagées pour des restaurations majeures et des services majeurs d'installation de prothèses et d'orthodontie (excluant les services de diagnostique en relation avec l'orthodontie), et 90% des dépenses relatives à tous les autres services admissibles.** Le reste est à votre charge.

Le pourcentage appliqué à chaque montant est présentement calculé à partir de l'échelle de tarifs en vigueur en 1999 dans la province ou le territoire où les services ont été rendus.



4. Dépenses admissibles

(a) Militaires affectés au Canada

Lorsque vous engagez des frais à l'égard d'un service ou d'une fourniture admissible, le régime couvre les dépenses jusqu'à concurrence des sommes indiquées dans le guide des tarifs en vigueur dans la province ou le territoire où les services ont été reçus. Les frais dentaires engagés à partir du 1^{er} janvier 2000 seront remboursés en fonction du guide des tarifs provincial ou territorial et du guide des tarifs des spécialistes, s'il y a lieu, en vigueur l'année précédente. Pour ce qui est des soins dentaires reçus en Alberta à partir du 1^{er} janvier 2000, le remboursement des frais se fera en fonction d'une échelle de tarifs établie à l'aide du guide des tarifs de l'Alberta pour 1997 et d'un facteur tenant compte de l'inflation. Vous devez assumer la partie des frais qui excède cette somme.

Si vous engagez des frais à l'extérieur du Canada en votre nom ou au nom de votre époux ou conjoint de fait ou de vos enfants admissibles, les sommes admises seront celles qui auraient été reconnues dans la province (territoire) où vous résidez.

En ce qui concerne vos enfants, le régime ne couvre pas les services qui auraient été pris en charge par un régime provincial ou territorial de soins dentaires s'ils avaient été reçus dans la province ou le territoire où vous résidez.

(b) Militaires en affectation à l'extérieur du Canada

Le régime ne couvre que les sommes considérées comme «raisonnables et habituelles» dans le pays où vous engagez les frais à l'égard d'un service ou d'une fourniture. La partie des frais qui excède de la somme considérée comme «raisonnable et habituelle» n'est pas remboursée en vertu du RSD. Le régime se servira des sommes qui auraient été engagées en Ontario à l'égard des services dentaires en question pour déterminer les plafonds annuels et agraver; vie des frais à rembourser afin que les employés qui reçoivent des traitements à l'étranger soient considérés à peu de chose près comme s'ils avaient reçu ces traitements en Ontario.

5. Plan de traitement

Si le traitement suggéré par votre dentiste devait dépasser 300 \$, nous vous recommandons fortement de présenter à l'administrateur du régime le plan de traitement avant le début des soins. L'administrateur du régime étudiera le plan de traitement et vous indiquera la somme qui vous sera remboursée. Il est donc dans votre intérêt de connaître les montants à déboursier avant le début des soins.



PARTIE III - Règlement

1. Militaires de la Force régulière ou en service de classe C

Si vos personnes à charge ont engagé des dépenses admissibles, vous devez remplir et **signer** la demande de règlement autorisée en prenant soin de bien indiquer vos **nom et prénom, votre adresse, votre code postal, votre numéro de régime et votre numéro de matricule**. Le dentiste doit lui aussi remplir la section qui lui est réservée. Les demandes qui ne seront pas dûment remplies vous seront retournées pour correction. Veuillez noter que votre conjoint admissible peut signer la demande de règlement, mais assurez-vous avant que vous y êtes identifié par votre numéro de matricule.



2. Militaires de la Force de réserve (classe A et classe B)

Toutes demandes de règlement pour les frais dentaires des militaires ou leurs personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, doivent être dûment complétées et autorisées par la salle des rapport de l'unité en apposant le tampon de prestations: *Régime d'assurance-santé PRes*; avant d'être envoyées à l'administrateur.

Joignez vos factures ou reçus en vous assurant que tous les détails sur les services rendus ou les achats effectués y figurent bien.



3. Double protection

Lorsque les dépenses dentaires à l'égard de vos personnes à charge sont assurées par plusieurs régimes ou en vertu de ce régime en tant qu'employé/militaire et personne à charge, le remboursement combiné effectué en vertu de tous ces régimes ne peut dépasser le montant des dépenses engagées.

Lorsque les dépenses dentaires à l'égard de vos personnes à charge sont assurées par plusieurs régimes ou en vertu de ce régime en tant qu'employé/militaire et personne à charge, le remboursement combiné effectué en vertu de tous ces régimes ne peut dépasser le montant des dépenses engagées.

(a) **Si vous résidez dans une province ou un territoire qui offre un régime de soins dentaires**, vous devez d'abord soumettre votre demande de règlement aux autorités provinciales ou territoriales. Une fois la demande traitée, vous pouvez soumettre une demande en vertu du présent régime pour la partie des dépenses admissibles qui n'a pas été remboursée.

(b) **Si votre conjoint est couvert en tant qu'employé/militaire et qu'il est admissible également en vertu de ce régime à titre de personne à charge**, votre conjoint devrait d'abord présenter la demande de remboursement à ce régime en tant qu'employé/militaire en indiquant sur la formule de demande le numéro de régime et le numéro d'identification du régime de soins dentaires qui les couvre en tant que personne à charge.

(c) **Si votre conjoint est couvert par ce présent régime à titre de personne à charge, et aussi, en vertu d'un régime d'un autre employeur**, votre conjoint doit d'abord soumettre une demande de règlement à cet autre régime.

(d) **Si vos enfants à charge sont couverts par ce présent régime, et/ou en vertu du régime de votre conjoint d'un autre employeur**, le régime qui procède le premier au remboursement est fonction d'une entente générale conclue par les compagnies d'assurance. En vertu de cette entente, si votre anniversaire précède celui de votre conjoint, le présent régime qui vous assure à titre d'employé/militaire procède le premier au remboursement. Inversement, si l'anniversaire de votre conjoint est avant le vôtre, c'est à votre conjoint de soumettre le premier une demande de règlement en vertu de son régime.

(e) **Si vous adhérez au présent régime et au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)**, vous bénéficiez d'une protection combinée pour certaines interventions chirurgicales complexes et certains services dentaires justifiés par une blessure aux dents naturelles.

Si les personnes assurées reçoivent :

(i) **des services admissibles à la suite d'une blessure**, vous devez d'abord soumettre une demande de règlement au RSSFP. Si vous n'obtenez pas le remboursement intégral de vos dépenses, vous pouvez alors soumettre au RSD le double de votre demande de règlement ainsi qu'une copie du paiement reçu;

(ii) **des traitements chirurgicaux**, vous devez d'abord soumettre une demande de règlement au RSD et, le cas échéant, en soumettre une autre au RSSFP à l'égard des dépenses non remboursées.



4. Demande de règlement

Une fois votre demande approuvée, l'administrateur du régime vous fera parvenir votre remboursement et les explications connexes. **Le remboursement sera effectué à votre nom ou, sur réception de directives signées par vous, à votre conjoint ou conjoint de fait (formulaire d'Autorisation pour le transfert de versements) ou au dentiste (demande de règlement)**. Les remboursements sont habituellement effectués en une somme globale, à l'exception des services d'orthodontie qui donnent lieu à des remboursements mensuels sur réception des reçus par l'administrateur du régime et en fonction des renseignements fournis par l'orthodontiste sur le plan de traitement. L'annexe D donne l'adresse des bureaux de service des règlements.

Les demandes de règlement doivent être adressées à l'administrateur du régime dans les quinze (15) mois qui suivent la date à laquelle les dépenses ont été engagées. Les demandes de règlement soumises après cette date ne seront considérées que s'il a été impossible de les présenter dans le délai fixé. Sauf en cas d'invalidité légale, les dépenses ne sont pas remboursées si les demandes sont présentées plus de vingt-quatre (24) mois après les dépenses. **(voir note plus loin)**



5. Différends

Le bien-fondé du rejet de certaines demandes peut parfois provoquer des différends, lesquels devraient généralement être traités par l'administrateur du régime. Quand tous les moyens de règlement ont échoué, la question doit être soumise au Directeur des Pensions et programmes sociaux (DPPS) au QGDN, pour étude par Le Conseil de Régime de soins dentaire de FC.

Nota: Pour les traitements d'orthodontie, une demande de règlement doit être soumise dans les quinze (15) mois suivant la date de chaque rendez-vous mensuel et ce, tout au long du traitement.



ANNEXE A

TABLEAU DES COTISATIONS MENSUELLES

- Conjoint seul ou enfants seul 23 \$ (à partir du 1^{er} avr 2000)
- Conjoint et enfants 46 \$ (à partir du 1^{er} avr 2000)

ANNEXE B

SERVICES DENTAIRES ADMISSIBLES

Les services dentaires admissibles sont les services énumérés ci-après lorsqu'ils sont rendus par un dentiste ou un spécialiste dentaire, par un assistant dentaire sous la supervision d'un dentiste ou d'un spécialiste dentaire, ou par un denturologiste autorisé à fournir des services au public directement dans la province ou le territoire où le service a été rendu. **La présente section doit être lue de pair avec l'Annexe C où sont énumérées les exclusions et les limites imposées pour les services et les fournitures dentaires.**

Lorsqu'il ne peut être établi avec certitude que les services dentaires rendus sont admissibles, l'administrateur du régime déterminera quels sont les services admissibles ci-dessous pouvant être considérés comme une alternative possible et s'en servira pour fixer le montant du remboursement.

Les examens de rappel, le nettoyage et le polissage, l'application topique de fluorure et les radiographies interproximales sont limités à une fois tous les neuf mois exactement. À titre d'exemple, si vous avez obtenu un remboursement de frais pour un examen de rappel et un nettoyage rendus le 15 janvier 2001, vous ne pourrez obtenir un remboursement de dépenses à l'égard de ces mêmes traitements avant le 15 octobre 2001. Si l'examen de rappel et le nettoyage ont lieu le 14 octobre ou avant, les traitements ne seront pas admissibles.

Les services de détartrage et d'aplanissement de racines sont limités à un total de 6 unités de temps combinés par année civile. Dans les cas de parodontites justifiées, jusqu'à 6 unités additionnelles peuvent être allouées dans une année civile, avec approbation au préalable d'un plan de traitement. Si vous êtes dans une telle situation, vous devez obtenir au préalable l'approbation du traitement requis pour l'année civile en cours. De plus, si un nouveau traitement s'avère nécessaire au cours d'une nouvelle année civile, un nouveau plan de traitement doit être présenté. Une documentation à jour doit accompagner chaque demande.

La participation au Régime cesse automatiquement le jour où une personne cesse d'être employée ou le jour où une personne cesse d'être admissible à titre d'employé ou de personne à charge. Dans les cas où un traitement dentaire s'étend sur plus d'une séance et a été entrepris avant que la personne cesse de participer au Régime, la protection en regard de ce traitement sera maintenue seulement si ledit traitement prend fin dans les 31 jours civils qui suivent la date à laquelle la participation au Régime a cessé. Il peut s'agir par exemple d'un traitement radiculaire (chambre pulpaire déjà ouverte), d'une couronne (préparation de la dent et prise de l'empreinte déjà effectuées), d'un traitement d'orthodontie en cours (l'appareil initial a déjà été mis en bouche).

DIAGNOSTIC

- Examen et diagnostic
 - examen complet
 - examen de rappel (limité à une fois tous les 9 mois complets)
 - examen spécifique
 - examen d'urgence
 - plan de traitement
- Radiographies
 - pellicules périapicales (une série complète tous les 36 mois complets)
 - pellicules occlusales
 - pellicules interproximales (limité à une fois tous les 9 mois complets)
 - films extra-oraux
 - sialographie, utilisation de substances radiopaques
 - pellicules panoramiques (une fois tous les 36 mois complets)
 - interprétation de radiographies de sources externes
 - tomographie
- Tests, examens de laboratoire
 - biopsie de tissu oral
 - tests de vitalité

PRÉVENTION

- Services courants
 - nettoyage et polissage (à tous les 9 mois complets)
 - application topique de fluorure (à tous les 9 mois complets)
 - scellants de puits et de fissures (pour les enfants de 14 ans et moins seulement)
 - contrôle de la carie
 - énaméloplastie
 - appareils de maintien (sans déplacement de dents)
 - instructions, hygiène buccale (une fois par 12 mois complets)

RESTAURATION

- Restaurations mineures
 - obturation en amalgame, silicate, acrylique ou composite. Le remplacement d'obturation n'est admissible que si la dernière obturation sur la(les) même(s) dent(s) et même(s) surface(s) est âgée d'au moins 24 mois complets.
 - tenons radiculaires pour ces restaurations
- Restaurations majeures
 - aurification
 - incrustations en or
 - tiges de rétention, tenons radiculaires et noyaux
 - incrustations en porcelaine
 - couronnes
 - autres restaurations

ENDODONTIE

- coiffage de pulpe
- pulpotomie
- traitement radiculaire
- traitements périapicaux
- autres actes endodontiques



PARODONTIE

- traitements non chirurgicaux
- chirurgie
- traitement post-opératoire
- équilibrage de l'occlusion (maximum de huit unités de temps par 12 mois complets)
- détartrage et aplanissement de racines (limité à 6 unités de temps par période de 12 mois complets)
- autres services de parodontie



SERVICES RELATIFS AUX PROTHESES

- Services mineurs relatifs aux prothèses amovibles
 - réparations
 - ajustements
 - rebasage superficiel et complet (limité à une fois tous les 36 mois complets)
- Services majeurs (Lire la présente section de pair avec les limites énumérées à l'annexe C)
 - examens, pellicules et empreintes de diagnostic
 - ajout d'une dent à une prothèse amovible
 - prothèses complètes
 - prothèses partielles
 - pontiques (ponts fixes)
 - appareils de maintien
 - piliers (ponts fixes)
 - tiges de rétention dans les piliers
 - réparations d'appareils fixes
 - autres services relatifs aux prothèses

CHIRURGIE BUCCALE

- ablation sans complication
- ablation chirurgicale et reposition de dents
- alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie, ostéoplastie, tubéroplastie
- ablation de surplus de muqueuse
- ablation chirurgicale
- ablation d'un kyste

- incision chirurgicale
- extraction de dents incluses
- réparation de tissus mous
- frénectomie, dislocation
- actes chirurgicaux divers

SERVICES ORTHODONTIQUES (s'applique au conjoint admissible et aux enfants de moins de 21 ans, et aux enfants de 21 à 25 ans qui fréquentent une école ou une université à temps plein)

- Surveillance et ajustement
 - examen
 - pellicules
 - empreintes de diagnostic
 - chirurgie
 - surveillance et ajustements
 - réparations, modifications
- Appareils
 - appareils amovibles
 - appareils fixes
 - appareils de maintien
 - appareils de contrôle des habitudes buccales

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

- traitement d'urgence (non précisé ailleurs)
- anesthésie pour chirurgie buccale et injections de médicament
- consultation
- visites à la maison, consultation en centre hospitalier et au cabinet.



ANNEXE C

EXCLUSIONS ET LIMITES

Généralités

Aucune prestation n'est payable en vertu du RSD pour les services et fournitures dentaires suivants:

- a. services et fournitures, en tout ou en partie, assurés en vertu d'un régime d'assurance-maladie, d'assurance-hospitalisation ou d'assurance de soins dentaires d'une province ou d'un territoire, ou de tout autre régime public auquel la personne est admissible;
- b. services et fournitures, en tout ou en partie, dont l'obligation légale repose sur une tierce partie;
- c. services et fournitures auxquels la personne a droit sans frais en vertu d'une loi, y compris, mais sans s'y limiter, une loi sur les indemnités des accidentés du travail ou toute autre loi similaire, ou qu'elle n'est pas tenue de payer sauf en ce qui concerne l'assurance à l'égard de tels frais;
- d. services et fournitures reçus dans un hôpital appartenant à l'État ou exploité par lui, à moins que la personne soit tenue de payer ces services ou fournitures, qu'elle soit assurée ou non;

- e. services et fournitures rendus ou fournis à l'extérieur du Canada à des personnes résidant au Canada ou aux enfants d'un adhérent résidant au Canada, qui seraient autrement payables en vertu d'un régime provincial ou territorial d'assurance de soins dentaires, d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation, si les services avaient été rendus au Canada;
- f. traitement dentaire comportant l'utilisation de métaux précieux et non précieux, si ce traitement aurait pu coûter moins cher en ayant recours à un substitut conforme à la pratique dentaire généralement reconnue, sauf la partie des frais qui auraient été engagés à l'égard d'un substitut raisonnable;
- g. ticket modérateur, frais de coassurance ou frais similaires qui dépassent les frais payables en vertu d'un régime d'assurance de soins dentaires, d'assurance-hospitalisation ou d'assurance-maladie de l'État;
- h. traitement dentaire pas encore approuvé par l'Association dentaire canadienne ou traitement dentaire qui, de l'avis de l'administrateur du régime, est sans aucun doute de nature expérimentale;
- i. services et fournitures qui, de l'avis de l'administrateur du régime, sont rendus surtout à des fins esthétiques, y compris, mais sans s'y limiter, la facette prothétique en porcelaine ou en composé d'une couronne ou d'un pontique aux molaires;
- j. services et fournitures ayant trait à l'achat, à la réparation, à la modification ou au remplacement d'une prothèse de rechange, quelle qu'en soit la raison;
- k. services rendus et fournitures achetées avant que la personne soit assurée par le présent régime;
- l. frais relatifs à un appareil ou à la modification d'un appareil lorsqu'une empreinte a été prise en vue de la pose de l'appareil ou de la modification en question avant que la personne soit assurée par le présent régime; frais relatifs aux couronnes, aux ponts et à l'aurification à l'égard de dents préparées à de telles fins avant que la personne soit assurée par le présent régime; frais de traitement radiculaire lorsque la chambre pulpaire a été ouverte avant que la personne soit assurée par le présent régime;
- m) services et fournitures pour corriger une malformation congénitale ou de croissance qui n'est pas une malocclusion de classe I, II et III, chez les patients âgés d'au moins 19 ans;
- n. frais d'un appareil parodontal, d'une équilibration occlusale et d'autres services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire, ou d'une correction de dimension verticale; et
- o. greffes.



Limites spécifiques aux actes majeurs

Les services relatifs à l'installation d'appareils de prothèse (par exemple, un pontique ou un pilier, provisoire ou permanent, une prothèse partielle ou complète) ne sont admissibles que s'ils sont dispensés:

- a. pour une première prothèse,
- b. pour le remplacement d'une prothèse, y compris l'ajout de dents, si
 - i. le remplacement ou l'ajout de dents est nécessaire parce qu'au moins une dent naturelle a été extraite après la mise en bouche de la prothèse, laquelle n'aurait pu être réparée convenablement; dans le cas où la prothèse aurait pu être réparée convenablement, seule la portion des frais relative à la partie de l'appareil qui remplace des dents extraites est couverte;
 - ii. la prothèse a au moins cinq (5) ans et ne peut être réparée convenablement (peu importe qui a assumé le coût de l'appareil existant) ;

- iii. la prothèse avait été posée provisoirement, à condition que la nouvelle prothèse soit posée dans les douze (12) mois de la mise en bouche de la prothèse temporaire et que celle-ci soit dorénavant considérée comme une prothèse permanente aux fins de la présente disposition;

À compter du 1^{er} janvier 2004

Lorsqu'une prothèse temporaire est posée dans le cadre de services majeurs de rétablissement, le régime couvrira le coût des prothèses permanentes, peu importe à quel moment les prothèses temporaires ont été installées, en autant la personne soit couverte par le régime au moment de l'installation de ces dernières. Cette mesure met fin à la limite de 12 mois pour le remplacement des prothèses temporaires.

- iv. la nouvelle prothèse doit être remplacée parce qu'une autre prothèse a été posée après la date d'entrée en vigueur de la participation de la personne au régime;
- v. la nouvelle prothèse est nécessaire en raison d'une blessure accidentelle à une dent naturelle survenue après la date d'entrée en vigueur de la participation de la personne au régime.

À compter du 1^{er} janvier 2004

Le remplacement nécessaire d'obturations (même dent et même surface) sera remboursé par le régime à tous les 24 mois, peu importe l'âge des obturations. Le remplacement nécessaire de couronnes sera remboursé par le régime à tous les 60 mois, peu importe l'âge de la couronne. Cette assurance couvre les obturations et les couronnes dont la pose initiale était couverte par le régime.



ANNEXE D

BUREAUX DE SERVICE DES REGLEMENTS

Les demandes de règlement doivent être adressées au :

Régime de soins dentaires des Forces canadiennes, La Great-West, Compagnie d'assurance-vie

au bureau de service des règlements collectifs compétent:

Winnipeg (Militaires affectés à l'extérieur du Canada)

Service des indemnités pour l'étranger
Case postale 6000
Winnipeg (Manitoba)
R3C 3A5
Tél: Français et Anglais - **(204) 942-3589**
Ligne sans frais - Français - **1-800-704-4007**
Anglais - **1-800-957-9777**

Montréal (Résidents du Québec, sauf la région de la capitale nationale)

Service des indemnités de Montréal
Case postale 400 - 40 Dolbeau
Place Bonaventure
Montréal (Québec)
H5A 1B9
Tél: Français et Anglais - **(514) 878-1288**
Ligne sans frais: Français et Anglais - **1-800-663-2817**

Winnipeg (Tous les autres résidents du Canada - incluant la région de la capitale nationale)

Centre de traitement des demandes de règlement -
soins médicaux et soins dentaires

Case postale 6025

Station Main

Winnipeg (Manitoba)

R3C 3C7

Tél: Français et Anglais - **(204) 942-3589**

Ligne sans frais - Français - **1-800-704-4007**

Anglais - **1-800-957-9777**



Formulaires de demande

Formulaires de demande

Veillez noter que les formulaires suivants sont disponibles sur le site intranet du CPM/DGRAS. Si vous n'avez pas accès au site, envoyer un courriel à Healthanddental-Santeetdentaire@forces.gc.ca et nous vous fournirons le(s) formulaire(s) requis.

- Formulaire de demande de règlement pour le régime de soins dentaires à l'intention des personnes à charge des militaires des forces Canadiennes
- Formulaire de demande de règlement pour le régime de soins dentaires de la Réserve des forces Canadiennes (Service Classes A et B)

[haute de la page](#)