

Description du régime d'assurance soins dentaires

Ce descriptif est à titre indicatif et doit être utilisé conjointement avec le Sommaire des protections. Les règles de participation et autres modalités applicables seront décrites dans la Police administrative au 1^{er} janvier 2024.

1.1. Soins préventifs

a) Examens buccaux cliniques

- i) Examen complet : 1 examen par période de 36 mois consécutifs
- ii) Examen de rappel : 1 examen par période de 12 mois consécutifs
- iii) Examen buccal des enfants, non remboursable par le régime public d'assurance maladie de la *province* de résidence : 1 examen par période de 12 mois consécutifs
- iv) Examen d'urgence ou examen d'aspect particulier : 1 seul de ces examens par période de 6 mois consécutifs
- v) Examen parodontal complet, examen des dysfonctions du système stomatognathique ou examen prosthodontique : 1 seul de ces examens par période de 36 mois consécutifs
- vi) Examen parodontal de contrôle

b) Radiographies

- i) Radiographies intraorales;
- ii) Radiographies extraorales, à l'exception des scanographies et des radiographies de l'articulation temporo-mandibulaire.

Exclusions et limitations : le remboursement des frais pour les radiographies est limité à deux séances par période de 12 mois consécutifs. De plus, le remboursement des frais pour la radiographie panoramique est limité à une radiographie par période de 36 mois consécutifs.

Quant aux frais pour la radiographie céphalométrique et celle de la main et du poignet, ils sont admissibles en vertu des soins d'orthodontie.

c) Examens de laboratoire et tests

- i) Test pulpaire;
- ii) Test bactériologique;
- iii) Test de susceptibilité à la carie;

- iv) Biopsie de tissu mou ou dur (par incision, excision ou ponction);
 - v) Test cytologique;
 - vi) Photographie diagnostique;
 - vii) Consultation.
- d) **Prévention**
- i) Polissage de la partie coronaire des dents : un polissage par période de 12 mois consécutifs;
 - ii) Application topique de fluorure pour les *enfants à charge* âgés de moins de 16 ans : une application par période de 12 mois consécutifs;
 - iii) Finition d'obturation et ablation de matériau obturateur;
 - iv) Scellant de puits et de fissures pour les *enfants à charge* âgés de moins de 16 ans;
 - v) Meulage interproximal et améloplastie;
 - vi) Détartrage : 10 *unités* de temps par période de 12 mois consécutifs;
 - vii) Appareil de maintien d'espace pour les *enfants à charge* âgés de moins de 19 ans;
 - viii) Contrôle des habitudes buccales pour les *enfants à charge* âgés de moins de 19 ans.

1.2. Restaurations de base

- a) **Restaurations**
- i) Pansement sédatif;
 - ii) Meulage et polissage d'une dent traumatisée;
 - iii) Collage et cimentation de fragment de dent brisée;
 - iv) Restauration en amalgame;
 - v) Restauration en résine ou en composite;
 - vi) Facette fabriquée au fauteuil;
 - vii) Fermeture de diastème;
 - viii) Tenon, pour restauration;
 - ix) Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse partielle amovible existante;
 - x) Couronnes complètes préfabriquées;
 - xi) Restaurations complètes préfabriquées.

Limitation : les frais pour le remplacement d'une restauration sont admissibles seulement s'il s'est écoulé une période minimale de 12 mois depuis la date à laquelle la restauration précédente a été réalisée.

b) **Endodontie**

- i) Urgence endodontique;
- ii) Traitements endodontiques généraux;
- iii) Thérapie canalaire;
- iv) Chirurgie endodontique;
- v) Blanchiment d'une dent dévitalisée;

Limitation : le remboursement des frais pour le blanchiment d'une dent dévitalisée est limité à 2 séances par *année civile*.

- vi) Autres services endodontiques :
 - supplément pour un traitement à travers une couronne;
 - tentative infructueuse de compléter un traitement de canal.

c) **Parodontie**

- i) Traitement d'une infection ou d'une inflammation;
- ii) Désensibilisation;

Limitation : le remboursement des frais de désensibilisation est limité à 3 *unités* par *année civile* ou à 2 séances par *année civile*, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.

- iii) Équilibrage mineur de l'occlusion;

Limitation : le remboursement des frais pour l'équilibrage mineur de l'occlusion est limité à 6 *unités* de temps par *année civile* ou à 6 séances par *année civile*, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.

- iv) Équilibrage majeur de l'occlusion;

Limitation : le remboursement des frais pour l'équilibrage majeur de l'occlusion est limité à 3 *unités* de temps par *année civile* ou à une séance par *année civile*, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.

- v) Services parodontaux, chirurgicaux;

Limitation : le remboursement des frais pour le surfaçage radiculaire est limité à 6 *unités* de temps par *année civile* ou une fois par dent par période de 24 mois consécutifs, selon la *province* de résidence de l'*assuré*.

- vi) Traitement parodontaux d'appoint :

- Jumelage;
- Appareil intraoral pour contrôler une parafonction.

Limitations : le remboursement des frais pour l'achat d'un appareil intraoral est limité à un appareil par période de 60 mois consécutifs. Le remboursement des frais de réparation et de regarnissage est limité à une fois par *année civile*.

- Irrigation;
- Application d'agent anti-microbien.

d) **Chirurgie buccale**

- i) Ablation de dents ayant fait éruption et sutures;
- ii) Ablation chirurgicale, à l'exception de l'exposition chirurgicale comprenant l'attache orthodontique;
- iii) Correction et remodelage des tissus buccaux;

Exclusion : les frais pour la préservation de la crête à la suite d'une extraction ne sont pas admissibles à un remboursement.

- iv) Ablation et curetage d'une tumeur, d'un kyste ou d'un granulome intraosseux;
- v) Incision et drainage;
- vi) Lacération de tissu mou ou de part en part, réparation;
- vii) Hémorragie, contrôle.

e) **Services généraux**

- i) Anesthésie locale aux fins de diagnostic;
- ii) Sédation consciente;
- iii) Visites au cabinet dentaire en dehors des heures normales.

f) **Prothèses amovibles, services complémentaires**

- i) Ajustement mineur;
- ii) Remontage et équilibrage;
- iii) Réparation;
- iv) Ajout de structure à une prothèse partielle;
- v) Regarnissage et rebasage;
- vi) Garnissage temporaire thérapeutique;
- vii) Remplacement des dents d'une prothèse.

Exclusions et limitations : les frais pour les services énumérés ci-dessus sont admissibles à un remboursement seulement s'ils sont effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de la prothèse et s'il s'est écoulé au moins 36 mois depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas. Les frais pour ces services ne sont toutefois pas admissibles s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

1.3. Restaurations majeures

a) Modèles de diagnostic

b) Prothèses amovibles

- i) Prothèse complète;
- ii) Prothèse partielle;
- iii) Réfection, prothèse partielle.

Exclusion : les frais pour les prothèses maxillo-faciales ne sont pas admissibles à un remboursement.

c) Prothèse fixe

- i) Facette fabriquée en laboratoire;
- ii) Aurifications;
- iii) Incrustations en métal, porcelaine, résine ou céramique :
Tenons de rétention dans l'incrustation.
- iv) Couronne individuelle et actes complémentaires;
- v) Reconstitution d'une dent en vue d'une couronne;
- vi) Ablation, recimentation et réparation d'une couronne, d'une incrustation ou d'une facette;
- vii) Pivot radiculaire;
- viii) Ponts fixes et actes complémentaires :
 - Pontique;
 - Pilier;
 - Ablation et décimentation;
 - Sectionnement;
 - Immobilisation;
 - Recimentation;
 - Réparation.
- ix) Autres services de prothèse :
 - Couronne télescopique;
 - Attache de semi-précision ou de précision.

Exclusions et limitations:

- a) Les frais pour l'achat d'une prothèse amovible ou fixe sont admissibles seulement si l'extraction ayant justifié cet achat a eu lieu alors que l'*assuré* était couvert par cette garantie;

- b) Les frais de remplacement d'une prothèse amovible ou fixe sont admissibles seulement si l'assuré peut démontrer à la satisfaction de l'Assureur que :
 - i) le remplacement est requis à la suite d'extractions de dents ayant été faites après la mise en bouche initiale de la prothèse amovible ou fixe; ou
 - ii) la prothèse amovible ou fixe ne peut être réparée. De plus, si la mise en bouche de la prothèse a été faite alors que cette garantie était en vigueur, les frais de remplacement sont admissibles seulement s'il s'est écoulé une période minimale de 5 ans avant ce remplacement.
- c) Le remboursement des frais de remplacement d'une prothèse amovible ou fixe est limité au coût d'une prothèse équivalente à celle que l'assuré possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement.
- d) Le remboursement des frais pour une prothèse équilibrée ou une prothèse sur implants est limité au coût d'une prothèse standard équivalente.

1.4. **Orthodontie**

- a) Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie;
- b) Examen complet d'orthodontie;
- c) Radiographie céphalométrique;
- d) Radiographie de la main et du poignet;
- e) Ajustement, modification ou recimentation (appareil fixe ou amovible);
- f) Exposition chirurgicale, incluant l'attache orthodontique;
- g) Urgences orthodontiques;
- h) Appareils amovibles;
- i) Appareils orthopédiques;
- j) Appareils fixes;
- k) Appareils de rétention;
- l) Orthodontie majeure.