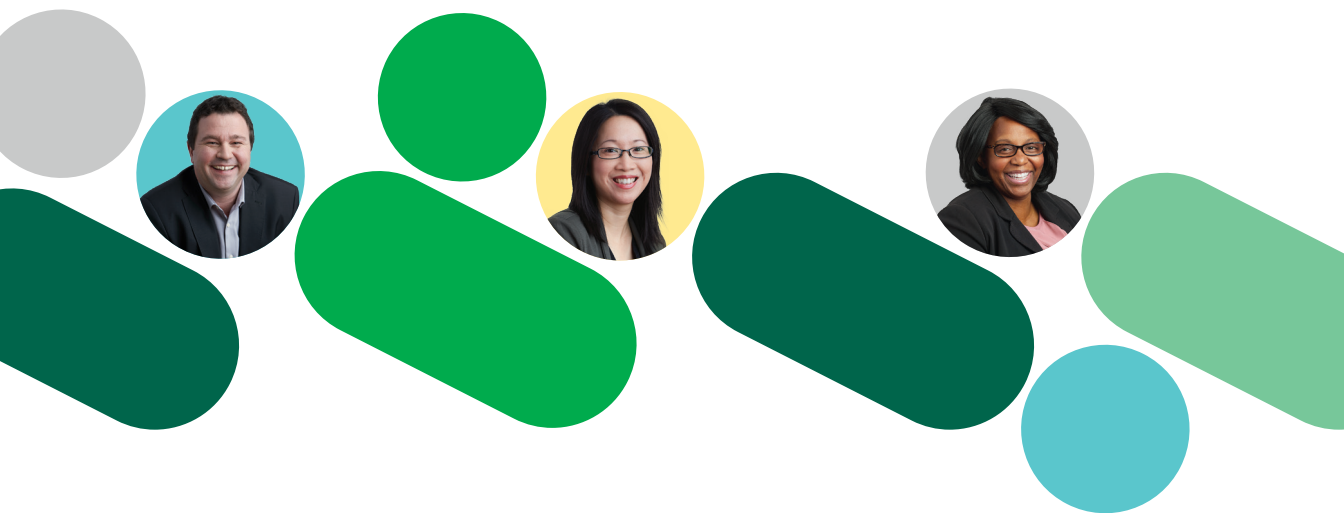




Votre régime



Police 48C00
Membres - Assurance soins dentaires
ORDRE DES COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DU QUÉBEC

1^{er} janvier 2022

Ce document contient des renseignements importants.
Conservez-le pour consultation ultérieure.

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

ORDRE DES COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DU QUÉBEC

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le
1^{er} janvier 2022 pour les adhérents suivants :**

Membres - Assurance soins dentaires
(Numéro de police : 48C00)

Dans ce document, SSQ Assurance (ou SSQ) signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

AVIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution de dossier

SSQ Assurance accorde une grande importance à la protection des renseignements personnels qu'elle recueille dans le cadre de ses activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, SSQ Assurance (SSQ, Société d'assurance-vie inc., SSQ Distribution inc. et leurs filiales) constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de renouvellement, de modification ou de réclamation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, les fournisseurs de services ou les mandataires de SSQ Assurance et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé aux bureaux de SSQ Assurance ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ Assurance, 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

SSQ Assurance recueille les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos réclamations, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.

VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Définitions et interprétation.....	1
Règles de participation	3
Périodes d'application de l'assurance	4
Paiement des prestations	7
Limitation des engagements contractuels.....	9
Changements d'assureur	9
RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ	10
Assurance soins dentaires	10
Diagnostic et prévention (Assurance soins dentaires).....	15
Soins de base (Assurance soins dentaires).....	18
Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires).....	20
Services d'orthodontie (Assurance soins dentaires).....	22

TABLEAU DES GARANTIES

Dispositions générales

Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Catégories de personnes admissibles à titre d'adhérents	A : Tous les membres en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec de moins de 65 ans C : Tous les membres en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec de 65 ans et plus
Date d'admissibilité des nouveaux membres et salariés	À la date d'admission du membre à l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé

Assurance soins dentaires

À moins d'indication contraire, les maximums indiqués ci-dessous s'appliquent par année civile, par personne assurée.

Année de référence des tarifs suggérés maximums : l'année au cours de laquelle les services sont rendus

Mode de transmission des demandes de prestations : Électronique

Protection	Base	Complet
Diagnostic et prévention		
Pourcentage de remboursement	80 %	80 %
Diagnostic Prévention et appareil de maintien	Maximum regroupé avec les soins de base	
Soins de base		
Pourcentage de remboursement	80 %, à l'exception de l'endodontie et de la parodontie qui sont couvertes à 50 %	80 %, à l'exception de l'endodontie et de la parodontie qui sont couvertes à 50 %
Restauration mineure Endodontie Parodontie Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible Réparation de pont fixe et de couronne Chirurgie buccale Services généraux complémentaires	Maximum regroupé de 1 000 \$ de remboursement	Maximum regroupé de 1 500 \$ de remboursement
Services de prosthodontie		
Pourcentage de remboursement	s.o.	50 %
Restauration majeure et prothèse fixe Prothèse amovible Pont fixe	Non couvert	Maximum regroupé avec les soins de base

TABLEAU DES GARANTIES

Assurance soins de santé (suite)

Assurance soins dentaires (suite)

Protection	Base	Complet
Services d'orthodontie		
Pourcentage de remboursement	s.o.	50 %
Orthodontie (pour les enfants à charge assurés âgés de 6 ans à 18 ans inclusivement)	Non couvert	1 500 \$ de remboursement viager
Fréquence des examens de rappel	2 par année civile	
Fin de l'assurance	A : Le jour de votre 65 ^e anniversaire ou le dernier jour du mois au cours duquel l'administrateur du régime est avisé que vous n'êtes plus un membre, selon la première éventualité C : Le dernier jour du mois au cours duquel l'administrateur du régime est avisé que vous n'êtes plus un membre	

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Définitions et interprétation

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

Afin de tenir compte de certaines caractéristiques de votre assurance collective, des notes peuvent se trouver au « Tableau des garanties ». Ces notes ont préséance sur les autres dispositions du régime pour ce qui est de toute divergence.

Adhérent

Se dit d'une personne admise à l'assurance qui fait partie d'une classe de personnes admissibles. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un membre ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada et y a effectivement son lieu de travail habituel.

Administrateur du régime

Le Groupe Vigilis (Vigilis), tiers administrateur en charge de l'administration du présent régime d'assurance collective.

Conjoint

Se dit d'une personne qui réside au Canada, qui est couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne et :

- qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins 12 mois et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- dans le cas d'un mariage ou d'une union civile, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois ou avez obtenu votre divorce ou l'annulation de votre mariage ou de votre union civile;
- dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne que vous avez désignée comme tel dans un avis écrit à SSQ. En l'absence de désignation de conjoint, seule est reconnue comme conjoint la personne à qui vous êtes lié par union civile ou mariage.

Contrat

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

Effectivement au travail

Le fait pour un salarié d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. Le salarié qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui. Toute mention à « effectivement au travail » ne s'applique pas à un membre.

Enfant à charge

Se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit aussi être célibataire et :

- être âgé de moins de 21 ans;
ou
- être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ peut exiger la preuve de l'inscription à un programme d'études;
ou
- quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi; SSQ peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires; l'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur.

Pour être reconnue comme enfant à charge, la personne doit aussi résider au Canada et être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne.

Période de prime

Période à l'égard de laquelle une prime est payable, conformément à l'entente entre SSQ et le preneur.

Personne assurée

Se dit d'une personne admise à l'assurance de la garantie dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

Subrogation

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

Vous

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

Règles de participation

1. Participation

Votre régime d'assurance collective est un régime à participation facultative.

2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui est effectivement au travail et répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire. Si la seule raison de son absence est qu'elle est en congé ou que le jour où elle deviendrait admissible n'est pas un jour ouvrable, elle peut aussi être admise à l'assurance.

Le conjoint et les enfants à charge d'une personne qui est assurée à titre d'adhérent sont eux-mêmes admissibles à l'assurance à titre de conjoint ou d'enfants à charge.

Malgré ce qui précède, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce, même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire.

À l'entrée en vigueur de la présente police, si vous êtes déjà admissible à l'assurance à titre d'adhérent, le statut de protection et l'option détenus auprès de l'ancien assureur s'appliqueront en vertu de la présente police.

Si vous devenez admissible plus tard, vous devez choisir le statut de protection (individuel, monoparental, couple ou familial) et le régime (« Base » ou « Complet ») que vous souhaitez détenir à l'égard de la garantie d'assurance soins dentaires. Le même statut de protection s'applique aux garanties d'assurance maladie et soins dentaires, mais vous pouvez choisir une option différente pour chaque garantie. Vous devez faire votre choix dans les 31 jours suivant votre admissibilité. Si vous ne faites pas de choix dans les 31 jours suivant votre admissibilité, vous devrez attendre au 1^{er} janvier de l'année suivante pour faire une demande d'adhésion au régime de soins dentaires.

Certains événements, tel un mariage ou la naissance d'un enfant, peuvent vous permettre de modifier l'assurance qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.

L'administrateur du régime doit aviser SSQ par écrit de l'ajout de toute nouvelle personne devant être assurée à titre de conjoint ou d'enfant à charge et de toute personne qui doit cesser de l'être.

Périodes d'application de l'assurance

1. Heure d'entrée en vigueur de l'assurance

Toute date d'entrée en vigueur de l'assurance court à partir de 0 h 01 au lieu de résidence de la personne assurée.

2. Début de l'assurance

Pour vous-même

Votre assurance entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible et conformément aux dispositions applicables du contrat à la section intitulée « Règles de participation ».

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

L'assurance pour votre conjoint ou vos enfants à charge entre en vigueur à la date à laquelle ils y deviennent admissibles et conformément aux dispositions applicables du contrat à la section intitulée « Règles de participation ».

L'assurance de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre assurance.

3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

3.1 Modification des régimes choisis

Toute modification à la hausse est possible dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier de chaque année, à condition de détenir le régime « Intermédiaire » ou « Complet » en assurance maladie.

Si vous avez fait vos choix le 1^{er} janvier de toute année, ce n'est qu'après avoir complété une durée minimale de participation de 2 ans à un même régime qu'il sera possible de changer de régime à la baisse.

Si vous avez fait vos choix à un autre moment, ce n'est que le 1^{er} janvier qui suit une durée minimale de participation d'un an à un même régime qu'il sera possible de changer de régime à la baisse.

La demande de modification doit être transmise dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier où il vous est possible de changer de régime, selon les dispositions relatives à la durée minimale de participation.

Toute modification à la hausse ou à la baisse s'effectue d'un régime à la fois, par exemple du régime « Base » au régime « Complet » ou du régime « Complet » au régime « Base ». Il est également possible en tout temps de demander de ne plus être couvert en vertu de l'assurance soins dentaires, et ce, peu importe le régime détenu préalablement.

En dehors des campagnes de réadhésion, il n'est possible de changer de régime qu'à la date où survient l'un des événements suivants, pourvu que la demande en soit faite dans les 31 jours qui suivent l'événement :

- vous perdez involontairement une assurance collective que vous déteniez;
- votre conjoint perd involontairement une assurance collective qu'il détenait;
- une personne devient votre conjoint ou cesse de l'être;
- une personne devient votre premier enfant à charge;
- une personne cesse d'être votre enfant à charge lorsqu'elle était la seule à l'être;
- une de vos personnes à charge décède.

3.2 Augmentation d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Toute augmentation de votre assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, l'augmentation d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande. Si toutefois la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité. Dans un tel cas, l'augmentation d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ approuve ces preuves.

3.3 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ.

4. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge soient alors assurés, leur participation à l'assurance est maintenue sans paiement de primes à l'égard du régime d'assurance soins de santé, jusqu'à la plus hâtive des dates suivantes :

- la date coïncidant avec la fin d'une période de 24 mois suivant immédiatement votre décès;
- la date à laquelle leur participation à l'assurance aurait pris fin si vous n'étiez pas décédé;
- la date à laquelle ils deviennent admissibles à un autre contrat comportant une garantie similaire;
- la date de la fin du contrat.

5. Fin de l'assurance

Pour vous-même

Votre assurance prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- c) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;
- d) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- e) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date de la fin de votre assurance, sous réserve des dispositions de l'article intitulé « Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé » des présentes DISPOSITIONS GÉNÉRALES;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

Paieiment des prestations

1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

2. Délais pour présenter les demandes de prestations

Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description des garanties.

3. Délai de prescription

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances applicable, ou, au Québec, dans le délai prévu par le Code civil du Québec.

4. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements qu'elle juge suffisants pour lui permettre d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada. Pour les frais relatifs à l'assurance voyage, SSQ utilise le taux de change en vigueur le dernier jour du mois au cours duquel les frais ont été engagés. Toutefois, si le paiement et le remboursement des frais ont lieu le même mois, le taux de change utilisé est celui de la fin du mois précédent.

6. Responsabilité civile et subrogation

Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

Changements d'assureur

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective sur la vie n'est opposable à aucune demande de prestation fondée sur un événement assuré, y compris en cas de décès consécutif à une invalidité totale, si cet événement est survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur.

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective contre la maladie ou les accidents qui ne fait pas partie du Régime de soins de santé n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur; elle n'est pas opposable non plus à une demande d'indemnité fondée sur une invalidité totale ou une maladie ayant débuté lorsque la garantie était en vigueur.

L'assureur d'une garantie d'assurance salaire collective qui a pris fin demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité totale de cet adhérent subsiste après la fin de la garantie.

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent toutefois à celles que la loi et les normes régissant l'industrie de l'assurance de personnes lui imposent pour protéger les droits des personnes assurées. Ainsi, SSQ n'est pas garant d'une récurrence de l'affection invalidante après l'expiration de la période prévue à cet égard par la loi ou par les normes de l'industrie, et les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Assurance soins dentaires

1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

Frais admissibles

Frais dentaires pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais pour les soins dentaires décrits ci-après sont admissibles ou non à un remboursement selon le régime choisi, le cas échéant. Lorsqu'ils sont couverts, ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles d'assurance soins dentaires sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Diagnostic et prévention;
- Soins de base;
- Services de prothodontie;
- Services d'orthodontie.

La description des soins dentaires couverts par l'assurance est faite à partir de la nomenclature d'actes bucco-dentaires qu'utilise SSQ lors de la plus récente mise à jour de ses textes contractuels. SSQ s'engage à administrer la présente garantie de telle sorte que l'équivalent de cette description continue de s'appliquer en tenant compte de l'évolution des techniques dentaires et des mises à jour de la nomenclature des services, telles que faites par l'association dentaire responsable.

3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus lorsque la personne est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être rendus par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- ils doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Plan de traitement

Afin d'établir l'admissibilité de certains traitements, des radiographies appropriées peuvent être exigées et devraient être fournies à SSQ lors de la soumission d'un plan de traitement détaillé. Dans les cas où les frais engagés peuvent être importants, SSQ recommande aux personnes assurées de soumettre un plan de traitement et des radiographies appropriées avant le début du traitement. Ainsi, elles seront informées à l'avance de l'admissibilité du traitement et de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Aux personnes assurées qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour l'année stipulée au « Tableau des garanties » par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologiste, l'association de la province de pratique du denturologiste. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou denturologiste. En ce qui concerne les frais de laboratoire, ils sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés.

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.

Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée puis à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.

Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est

pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance soins dentaires ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit;
- b) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
- c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
- d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
- e) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
- f) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;
- g) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- h) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- i) pour des implants ou pour tout acte, traitement ou prothèse lié à un implant. Cependant, de tels frais peuvent faire l'objet d'un remboursement équivalent à un traitement alternatif couvert, et ce, une fois la mise en bouche finale de la prothèse effectuée et sous réserve de l'approbation de SSQ;
- j) pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- l) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- m) pour un protecteur buccal;

- n) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- o) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- p) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;
- q) pour des pontiques et piliers de transition;
- r) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- s) pour des photographies diagnostiques.

5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de cette garantie ou d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés, ni les frais qui sont admissibles, compte tenu du guide des tarifs de l'association du professionnel traitant pour l'année de référence indiquée au « Tableau des garanties ». Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance soins dentaires, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être effectuées en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

6. Droit de transformation

Toute personne assurée en vertu de la présente garantie et qui exerce un droit de transformation en vertu d'une garantie d'assurance maladie collective de SSQ peut obtenir en même temps la transformation de l'assurance de la présente garantie en une assurance soins dentaires pour particuliers alors offerte par SSQ, et ce sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. Ce droit de transformation ne s'applique toutefois qu'au moment où s'applique celui de la garantie d'assurance maladie. De plus, toutes les conditions liées au droit de transformation de l'assurance maladie s'appliquent aussi au présent droit de transformation.

7. Demandes de prestations

Si le dentiste utilise un système de transmission électronique de demandes de prestations

Lorsque la personne assurée engage des frais pour des soins dentaires, elle doit présenter au dentiste la carte qu'elle a reçue à cette fin et payer la portion non assurée des frais. SSQ paiera la portion assurée des frais directement au dentiste.

Si le dentiste n'utilise pas un système de transmission électronique de demandes de prestations

Vous pouvez faire une demande de prestations en transmettant à SSQ le formulaire à cet effet que le dentiste peut remettre à la personne assurée.

Vos demandes de remboursement devraient être présentées à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

Diagnostic et prévention (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services de diagnostic et de prévention pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Diagnostic

1) Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
- examen de rappel ou périodique : 2 examens par année civile
- examen complet ou examen prosthodontique : un examen par période de 36 mois
- examen des dysfonctions du système stomatognathique : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- examen parodontal de rappel : 2 examens par année civile
- examen d'urgence
- examen d'un aspect particulier

2) Radiographies

a) radiographie intra-orale

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale
- pellicule des tissus mous

b) radiographie extra-orale

- pellicule extra-orale
- examen des sinus
- sialographie
- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
- articulation temporo-mandibulaire
- pellicule panoramique ou série complète de radiographies : une pellicule ou série par période de 36 mois
- pellicule céphalométrique

c) autres

- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile
- 3) Tests et examens de laboratoire
- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
 - test bactériologique
 - test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
 - test cytologique
 - modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
 - présentation de cas, plan de traitement
 - consultation avec le patient
- b) Prévention
- 1) Services usuels de prévention
- polissage de la partie coronaire des dents : deux fois par année civile
 - détartrage : 6 unités de temps par année civile
 - application topique de fluorure : deux fois par année civile
 - analyse du régime alimentaire : une fois à vie
 - instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
 - programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
 - finition d'une obturation
 - scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordantage à l'acide (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 60 mois pour une même dent
 - ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
 - meulage interproximal *
 - améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)
- 2) Appareil de maintien
- 3) Correction des habitudes buccales *
- appareil fixe ou amovible
 - évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
 - motivation du patient : une fois à vie
 - myothérapie : 5 fois à vie
- 4) Appareil intra-oral pour le bruxisme
- un appareil par 60 mois
 - réparation : une fois par année civile
 - regarnissage : une fois par année civile

5) Équilibrage de l'occlusion

- 8 unités de temps ou 3 fois par année civile

* Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.

Soins de base (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les soins dentaires de base pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Restauration mineure

- pansement sédatif
- meulage et polissage d'une dent traumatisée
- recimentation de fragment de dent brisée
- restauration en résine, en amalgame ou en composite *
- tenons par restauration

* La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

b) Endodontie

- supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne
- urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
- traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
- apexification

c) Parodontie

- traitements non chirurgicaux
- chirurgie parodontale
- surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
- jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
- irrigation parodontale

d) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible

- rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois
- réparation avec ou sans empreinte
- obturateur palatin : un par période de 60 mois
- remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois

e) Réparation de pont fixe et de couronne

- réparation de pont fixe

- réparation de couronne
 - recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier
 - supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile
 - immobilisation, sectionnement
 - ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimenté
- f) Chirurgie buccale
- ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
 - ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
 - supplément pour points de suture par séance
 - exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent
 - transplantation d'une dent : une fois à vie par dent
 - reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
 - énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
 - alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
 - ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
 - extension des replis muqueux
 - incision et drainage
 - réduction de fracture
 - frénectomie
 - traitement des glandes salivaires
 - chirurgie ou traitement des sinus
 - contrôle d'hémorragie
 - traitement post-chirurgical
 - réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part
- g) Services généraux complémentaires
- anesthésie locale
 - sédation consciente
 - visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

Services de prosthodontie (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services de prosthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

a) Restauration majeure et prothèse fixe

- aurification
- incrustation et tenons de rétention
- jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- couronne en acier inoxydable préfabriquée, ou en polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne intermédiaire de transition : une fois par période de 12 mois pour une même dent
- couronne individuelle
- capuchon, métal précieux ou non
- corps coulé
- facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires
- pivot préfabriqué
- reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne
- supplément pour une restauration

b) Prothèse amovible

- prothèse complète *
- prothèse partielle *
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle : une fois par période de 60 mois
- supplément pour une restauration en vue d'une prothèse amovible

* Le remboursement des frais pour prothèses équilibrées est calculé en fonction du coût des prothèses standard équivalentes.

c) Pont fixe

- pontique
- appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch
- pilier
- barre de rétention pour fixer à des capuchons
- pilier ou incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine

- attache de précision
- supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle existante

Services d'orthodontie (Assurance soins dentaires)

Frais admissibles

Les remboursements des frais admissibles décrits ci-après se calculent en tenant compte des données du « Tableau des garanties ».

Les services d'orthodontie pour lesquels le contrat prévoit des frais admissibles sont les suivants :

- examen spécifique d'orthodontie : une fois par période de 12 mois
- examen complet d'orthodontie
- urgence orthodontique
- orthodontie correctrice
- ancrage osseux
- réparations, modifications, recimentation
- appareils de rétention
- traitement orthodontique
- radiographie : main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)
- traitement complet d'une malocclusion dentaire



Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant dès
aujourd'hui au site sécurisé dédié aux assurés.

Service à la clientèle
Sans frais : 1 877 651-8080
Région de Montréal : 514 223-2500