

**Le remboursement des soins de parodontie, d'endodontie et de restaurations majeures (pas remboursées par tous les régimes) est limité à un maximum qui varie selon le régime d'assurance.**

#### Endodontie et parodontie (périodontie)

Ces soins comprennent :

- traitement de canal;
- chirurgie endodontique;
- détartrage des dents (maximum 4 unités de temps par 4 mois) ;
- appareil intraoral pour contrôler le bruxisme (plaque occlusale) fabriqué par un dentiste;
- équilibrage de l'occlusion (maximum une fois par année pour les traitements mineurs et une fois par 5 ans pour les soins majeurs<sup>3</sup>);
- curetage et surfaçage gingivaux (maximum 1 traitement par dent par 60 mois<sup>3</sup>).

<sup>3</sup>Pour la fréquence des remboursements, voir la note 2 à la page 5.

#### Restaurations majeures

Ces soins comprennent :

- facettes et incrustations en porcelaine, en résine, en céramique ou, si les restaurations ne peuvent être faites avec d'autres substances, en or; le remplacement de ces éléments seulement s'ils sont en place depuis au moins 5 ans;
- installation initiale d'une prothèse permanente amovible (dentier) complète ou partielle et de prothèses de transition ou immédiate à la suite d'une extraction;
- installation initiale d'une prothèse permanente fixe supportée par des dents naturelles (pont, couronne, corps coulé) à la condition que cette installation fasse partie d'un processus d'extraction et de remplacement dans un délai de moins d'un an suivant l'extraction; si l'installation est faite après ce délai, le remboursement est fait jusqu'à concurrence du coût d'une prothèse permanente amovible standard par maxillaire;
- remplacement d'une prothèse permanente identique à celle présente en bouche, si cette prothèse est en place depuis au moins 5 ans;

- rebasage ou réparation d'une prothèse permanente ainsi que l'addition de dents ou l'ajout d'une structure à une prothèse;
- installation initiale, par suite de l'absence congénitale d'une dent, d'une prothèse fixe permanente.
- frais de laboratoire jusqu'à 50 % des frais admissibles;
- Soins d'orthodontie (seuls les frais engagés pour un enfant à charge de moins de 21 ans sont remboursables – voir la section « Remboursement »). Le montant du remboursement dépend du régime dont bénéficie l'assuré lorsque le traitement est effectué.

#### Implantologie

Les régimes d'assurance aux tuyauteurs AT, BT, RT1 et RT2 couvrent le remboursement de certains soins reliés aux implants dentaires.

Si vous détenez cette protection et que vous voulez réclamer un remboursement relié à un implant dentaire, vous devez procéder de la même manière que pour les soins dentaires majeurs (voir pages 2 et 4).

#### Remboursement

Le remboursement de vos frais dentaires est basé sur les tarifs des chirurgiens-dentistes et des denturologistes du Québec.

Selon votre régime d'assurance, le remboursement des frais dentaires peut être soumis à l'application d'une franchise par famille et par période d'assurance. Les frais admissibles qui excèdent la franchise sont remboursables.

La franchise, le pourcentage de remboursement et les tarifs utilisés sont indiqués dans le Bulletin d'information qui vous a été envoyé avec votre carte MÉDIC Construction.

Des conditions particulières peuvent s'appliquer au remboursement de certains frais. **Seuls les traitements reçus lorsque l'assurance est en vigueur peuvent faire l'objet d'un remboursement.** L'assurance doit être en vigueur lors de l'estimation et le jour de l'installation des éléments tels couronne, facette, prothèse (dentier), pont, etc.

#### Soins d'orthodontie pour les enfants à charge de moins de 21 ans

Ces traitements visent à corriger une position anormale des dents et des mâchoires, à prévenir une anomalie au moyen d'appareils ou à prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une malformation.

**Le remboursement des frais d'orthodontie se fait maintenant en un seul versement. Pour y avoir droit, vous devez être assuré par un régime offrant le remboursement des frais d'orthodontie au moment de la mise en bouche.**

Un plan de traitement indiquant la date du début du traitement, sa durée et son coût doit d'abord être autorisé par la Commission de la construction du Québec.

Lorsque les soins seront autorisés, vous devrez faire parvenir à MÉDIC Construction le reçu original du paiement que vous aurez effectué auprès de l'orthodontiste lors de la mise en bouche.

**Note :** Les montants viagers et les pourcentages de remboursement pouvant varier d'une période à l'autre, le versement unique sera calculé en fonction du montant payable par le régime d'assurance par lequel vous êtes couvert au moment de la mise en bouche.

#### Exclusions

**Les frais engagés pour les événements suivants ne sont pas couverts :**

- soins dentaires reçus par des enfants de 21 ans ou plus;
- remplacement d'une prothèse perdue ou volée; obtention d'un double d'une prothèse ou de tout autre appareil;
- analyse de diète, recommandations, instructions d'hygiène buccale, contrôle de la plaque dentaire;
- honoraires exigés par un dentiste pour un rendez-vous manqué ou pour remplir un formulaire;
- soins indemnisés en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* ou toute loi provinciale, fédérale ou étrangère au même effet;

- frais excédant ceux pour le remplacement d'une prothèse équivalente à celle que la personne possédait déjà;
- tous traitements relatifs à la dimension verticale ou l'articulation temporo-mandibulaire;
- soins esthétiques ou soins subséquents s'y rattachant, notamment les prothèses fixes (facettes, couronnes, incrustations, etc.);
- implants dentaires (sauf pour les régimes AT, BT, RT1 et RT2);
- application de substances anticariogènes;
- test de susceptibilité à la carie;
- finition d'obturations et meulage des dents.

Dans un cas d'accident de travail, vous devez soumettre les réclamations à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);

Dans un cas d'accident automobile, vous devez réclamer à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Le dépliant de la CCQ *La carte MÉDIC Construction* précise les façons d'obtenir des remboursements.

#### Renseignements additionnels

Si vous désirez plus de renseignements, consultez les Bulletins d'information MÉDIC Construction sur le régime de base et les régimes supplémentaires.



#### Pour plus de renseignements

Service à la clientèle de la CCQ :

**Abitibi-Témiscamingue**  
Tél.: 819 825-4477

**Bas-Saint-Laurent-Gaspésie**  
Tél.: 418 724-4491

**Côte-Nord**  
Tél.: 418 962-9738

**Estrie**  
Tél.: 819 348-4115

**Mauricie-Bois-Francs**  
Tél.: 819 379-5410

**Montréal**  
Tél.: 514 341-2686

**Outaouais**  
Tél.: 819 243-6020

**Québec**  
Tél.: 418 624-1173

**Saguenay- Lac-Saint-Jean**  
Tél.: 418 549-0627

**Ligne sans frais : 1 888 842-8282**

Site Internet de la CCQ : [ccq.org](http://ccq.org)

Le présent document est produit et diffusé uniquement à des fins d'information. Seul le *Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction* [c. R-20, r. 10] publié par l'Éditeur officiel du Québec a une valeur officielle et juridique. Ainsi, il a préséance sur les informations contenues au présent document. Le règlement est accessible sur le site Internet de la CCQ, sous la rubrique MÉDIC Construction.

Publié par la CCQ  
Case postale 2040,  
Succursale Youville  
Montréal (Québec) H2P 0A9

Ce document est disponible en média adapté sur demande.

*English copy available on request*

PU 40-09 (1605)

*Le*  
**programme  
de soins  
dentaires**

**MÉDIC**  
*construction*

**L'assurance  
de l'industrie de  
la construction**

**Juillet 2016**

La Commission de la construction du Québec (CCQ) administre le programme de soins dentaires en fonction du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction.

## Bénéficiez-vous de protections pour les soins dentaires ?

Si vous êtes assuré par les régimes A, B, C (de base ou supplémentaire) ou d'assurance aux retraités R1, R2 (de base ou supplémentaire), **vous et vos personnes à charge** bénéficiez de certaines protections du programme de soins dentaires. Les frais admissibles et les pourcentages de remboursement sont indiqués dans le Bulletin MÉDIC Construction de votre régime d'assurance<sup>1</sup>.

Si vous êtes assuré par le régime de base D ou par l'un des régimes supplémentaires DB, DC, DF, DG, DJ, DM, DN, DO, DP, DS ou DT, vous ne bénéficiez d'aucune protection pour les soins dentaires. Cependant, les salariés assurés par les régimes DE ou DL, de même que leurs personnes à charge, sont couverts pour les soins dentaires.

Si vous êtes assuré par le régime Z ou par l'un des régimes d'assurance aux retraités R3 (RC3, RE3, RF3, RL3, RM3 ou RT3), vous ne bénéficiez d'aucune protection pour les soins dentaires.

<sup>1</sup> Le régime d'assurance dont vous bénéficiez est indiqué sur votre carte MÉDIC Construction (dans le coin supérieur droit).

## Pouvez-vous utiliser votre carte MÉDIC Construction pour payer vos frais dentaires ?

Vous pouvez utiliser votre carte MÉDIC Construction pour le paiement direct de vos **frais dentaires de base** lors de votre visite chez un dentiste participant au programme de paiement direct. Votre dentiste communique avec la CCQ pour déterminer la partie des frais dentaires de base qui lui seront remboursés directement par MÉDIC Construction selon le régime d'assurance dont vous bénéficiez. Vous n'aurez qu'à payer votre partie des frais, s'il y en a une.

### Pour vos frais dentaires majeurs

Vous pouvez également utiliser votre carte MÉDIC Construction pour vos soins dentaires majeurs puisqu'ils sont couverts par le programme de paiement direct. La façon de procéder pour produire vos réclamations est la suivante :

- Obtenez chez un dentiste participant au programme de paiement direct un plan de traitement (estimation des frais), accompagné des radiographies.
- Faites parvenir ce plan de traitement par la poste (avec les radiographies) à la CCQ pour autorisation.
- Vous recevrez par la poste une confirmation de la décision de la CCQ.
- Si votre plan de traitement est accepté, présentez à votre dentiste votre carte MÉDIC Construction, de même que votre autorisation pour le remboursement des frais dentaires majeurs, lorsque vous recevez vos traitements.
- Votre dentiste communique alors directement avec MÉDIC Construction en fournissant le numéro d'enregistrement (inscrit sur votre autorisation) afin d'établir la partie des frais que vous devez payer et celle qui sera directement payée par MÉDIC Construction selon le régime d'assurance dont vous bénéficiez (voir la section « Remboursement » à la page 8). **Pour le paiement direct, les soins facturés doivent absolument être identiques à ceux du plan de traitement autorisé.**

Lorsque vos frais dentaires ne peuvent être payés avec votre carte MÉDIC Construction, vous devez produire vos réclamations par la poste. Voir la section « Comment produire vos réclamations par la poste ? » à la page 4.

Notez qu'il vous en coûte le même montant de payer vos frais dentaires de base et vos frais dentaires majeurs avec votre carte MÉDIC Construction que d'en réclamer le remboursement par la poste. En effet, les honoraires de votre dentiste ne sont pas plus élevés.

## Pouvez-vous utiliser votre carte MÉDIC Construction pour payer les frais dentaires de vos personnes à charge ?

**Si vos personnes à charge ne bénéficient pas de protections pour les soins dentaires auprès d'un autre assureur**, vous pouvez utiliser votre carte MÉDIC pour le paiement direct de leurs soins.

**Si votre conjoint bénéficie d'une couverture pour ses soins dentaires auprès d'un autre assureur, la coordination des remboursements s'applique.** Vous ne pouvez pas utiliser votre carte MÉDIC Construction pour le paiement direct de ses réclamations. La procédure est alors la suivante :

- Votre conjoint doit soumettre ses réclamations à son assureur en y joignant les factures originales. Il recevra, avec son chèque de remboursement, un relevé de paiement (c'est-à-dire une description des montants qui lui sont payés).
- Vous soumettez à MÉDIC Construction une réclamation par la poste pour la partie non remboursée des frais de votre conjoint. Voir la section « Comment produire vos réclamations par la poste » à la page 4. Vous devez joindre le relevé de paiement obtenu de l'autre assureur et une copie ou une photocopie du formulaire de réclamation rempli et signé par le dentiste traitant.
- N'oubliez pas de soumettre un plan de traitement à l'assureur de votre conjoint et à la CCQ pour faire autoriser le paiement des soins dentaires majeurs avant de les faire exécuter.

**Si votre conjoint bénéficie d'une protection familiale couvrant les soins dentaires pour les enfants à charge**, la carte MÉDIC Construction ne peut pas être utilisée pour leurs soins dentaires. Consultez le dépliant « La carte MÉDIC Construction » pour connaître l'ordre dans lequel les réclamations doivent être produites auprès des assureurs.

**Note :** Vous ne pouvez pas utiliser votre carte MÉDIC Construction pour le remboursement des frais d'orthodontie (voir page 9).

## Comment produire vos réclamations par la poste ?

Vos réclamations doivent être effectuées à l'aide du formulaire *Demande d'indemnisation pour frais dentaires* (formulaire n° 2) ou d'un formulaire approuvé par l'*Association des chirurgiens dentistes du Québec*. Le formulaire doit être dûment rempli et signé par le dentiste traitant et par le salarié.

Un formulaire distinct doit être utilisé pour chaque patient. L'assuré doit obligatoirement inscrire son numéro d'assurance sociale, remplir et signer la partie du formulaire qui lui est destinée. Sinon le formulaire lui est retourné et le traitement de la réclamation est retardé.

Les réclamations doivent être transmises à la CCQ au plus tard un an après que les dépenses ont été engagées. Le travailleur a cependant tout intérêt à soumettre ses réclamations le plus tôt possible afin d'obtenir son remboursement rapidement.

Lorsque vous faites vos réclamations par la poste, vous devez quand même soumettre un plan de traitement (estimation des frais), avec les radiographies, pour les soins dentaires majeurs, afin de faire autoriser leur paiement par la CCQ avant de les faire exécuter. Ainsi, vous serez sûr des montants qui vous seront remboursés.

## Protections offertes

Les assurés qui ont la couverture pour les soins dentaires bénéficient des protections de diagnostic et prévention et de traitements mineurs listées ci-dessous.

Consultez les exclusions à la page 9.

## Le remboursement des soins de diagnostic, prévention et traitements mineurs est limité à 600 \$ par période d'assurance par personne (l'assuré, son conjoint et chacun des enfants à charge de moins de 21 ans).

### Diagnostic et prévention

Ces soins comprennent :

- examen buccal complet (maximum une fois tous les 36 mois<sup>2</sup>);
- examen buccal de rappel, incluant radiographie et nettoyage faits lors de l'examen (maximum une fois tous les 9 mois<sup>2</sup>);
- certains examens d'aspect particulier (maximum une fois tous les 12 mois<sup>2</sup>);
- examen d'urgence avec diagnostic particulier;
- radiographies interproximales (maximum une fois tous les 12 mois<sup>2</sup>);
- radiographies panoramiques (maximum une fois tous les 60 mois<sup>2</sup>);
- application de fluorure (patient âgé de moins de 16 ans; maximum une fois tous les 9 mois<sup>2</sup>);
- installation de mainteneurs d'espace à la suite de la perte prématurée de dents primaires (dents de lait) et installations d'appareils pour corriger les mauvaises habitudes;
- polissage de la partie coronaire de la dent (prophylaxie) (maximum une fois tous les 9 mois<sup>2</sup>);
- consultations requises par le chirurgien dentiste traitant;
- certains tests, examens de laboratoire et radiographies aux fins de diagnostic (sauf lors d'examens buccaux complets ou de rappel);
- test bactériologique (maximum une fois tous les 12 mois<sup>2</sup>);
- cirage de diagnostic (sauf pour des fins esthétiques);
- application de scellants des puits et des fissures sur les dents permanentes (patient âgé de moins de 16 ans; maximum une fois par dent).

<sup>2</sup> Exemples de calcul pour la fréquence des remboursements.

Pour pouvoir réclamer un remboursement pour des soins dentaires reçus le 15 août 2016.

- Si la fréquence est de 9 mois (par exemple : examen buccal de rappel), vous ne devez pas avoir reçu de tels soins au cours des 9 mois précédents, soit depuis le 15 novembre 2015.

- Si la fréquence est de 12 mois (par exemple : test bactériologique), vous ne devez pas avoir reçu ce type de soins au cours des 12 mois précédents, soit depuis le 15 août 2015.
- Si la fréquence est de 36 mois (par exemple: examen buccal complet), vous ne devez pas avoir reçu de tels soins au cours des 36 mois précédents, soit depuis le 15 août 2013.
- Si la fréquence est de 60 mois (par exemple : radiographies panoramiques), vous ne devez pas avoir reçu ce type de soins depuis le 15 août 2011.

### Traitements mineurs

Ces soins comprennent :

- obturations en amalgame ou en composite (plombages) et tenons; les frais payables sont limités au coût usuel et coutumier pour ce type de soins dentaires;  
Note : MÉDIC Construction ne rembourse pas les obturations en amalgame (plombage gris) pour un enfant de moins de 10 ans. Ces obturations sont remboursées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- extraction simple ou complexe de dents et de racines, incluant les dents de sagesse;
- traitements de chirurgie tels l'alvéolectomie, l'alvéoplastie, l'ostéoplastie, la tubéroplastie, l'ablation de tissu hyperplasique et la frénectomie;
- ablations chirurgicales des tumeurs, kystes et néoplasmes y compris l'incision et le drainage d'abcès;
- anesthésie générale à des fins de chirurgie dentaire (maximum de 300 \$ par séance).