



MANITOBA
SCHOOL EMPLOYEES
BENEFIT PLANS

**Association des éducatrices et
éducateurs franco-manitobains**

Assurance des soins dentaires

Admissibilité

L'assurance des soins dentaires est offerte à tous les enseignants permanents à temps plein ou à temps partiel qui ont signé le contrat général des enseignants et aux enseignants qui ont signé un contrat d'un mandat d'au moins 60 jours d'enseignement consécutifs. L'assurance est également offerte aux conjoints des enseignants et à leurs enfants à charge. Tous les nouveaux enseignants deviennent admissibles aux avantages du régime à compter de leur date d'entrée en fonctions. La couverture est obligatoire si vous travaillez 30 % ou plus à temps plein.

On entend par « conjoint », la personne avec laquelle vous êtes légalement marié ou avez habité pendant au moins une année dans une relation conjugale.

On entend par « personne à charge » tous les enfants de sang ou adopté légalement, tous les enfants issus d'une union antérieure du conjoint ou tous les enfants dont vous êtes le tuteur légal. Les enfants de la personne avec laquelle vous habitez et avec qui vous êtes en relation conjugale sont aussi admissibles, à condition qu'ils habitent avec vous. Tous les enfants doivent être célibataires, âgés de moins de 21 ans et à votre charge ou célibataires, âgés de moins de 25 ans et fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement, un collège ou une université reconnus.

La limite d'âge ne s'applique pas aux enfants atteints d'une déficience physique ou mentale si cette déficience a commencé pendant qu'ils étaient considérés comme des enfants à charge conformément à la définition ci-dessus.

La participation à l'assurance des soins dentaires est obligatoire pour tous les nouveaux enseignants. (L'adhésion n'est pas obligatoire pour les nouveaux enseignants qui sont déjà couverts par une autre assurance collective de soins dentaires.)

Assurance des soins dentaires

L'assurance des soins dentaires de base et majeurs est soumise à un maximum combiné de 1 250 \$ par personne, par année civile.

Vous aurez droit à un remboursement de :

- 80 % des dépenses admissibles pour des soins dentaires de « base », et
- 80 % des dépenses admissibles pour des soins dentaires « majeurs »; et
- 50 % des dépenses admissibles pour les traitements « orthodontiques » (arcs) jusqu'à un maximum viager de 1 250 \$ pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 21 ans ou de 25 ans s'ils fréquentent, à temps plein, un établissement d'enseignement, un collège ou une université reconnu. Les versements de prestations pour les traitements orthodontiques prendront fin à ces âges.

À l'exception du guide tarifaire du Nord du Manitoba, les prestations versées sont calculées en fonction du guide tarifaire élaboré par l'Association dentaire du Manitoba en vigueur au moment où les services sont rendus.

Soins de base couverts

1. Diagnostic :

- Examen complet toutes les trois (3) années civiles.
- Examen de rappel ou examen buccal deux (2) fois chaque année civile.
- Radiographies périapicales.
- Radiographies de la bouche complète ou panoramiques toutes les deux (2) années civiles, au besoin.

2. Prévention :

- Une (1) unité de polissage deux fois par année civile.
- Application topique de fluorure. Jusqu'à deux (2) applications par année civile.
- Mainteneurs d'espace (sauf lorsqu'utilisés à des fins orthodontiques).

3. Extractions :

- Procédures non complexes pour l'extraction des dents ne pouvant plus être restaurées.

4. Chirurgie buccale :

- Procédures chirurgicales complexes réalisées au cabinet dentaire et soins postopératoires.

5. Restauration :

- Obturations réalisées à l'aide d'amalgames, de silicates, de plastiques et de porcelaines synthétiques.
- Réparation de prothèses dentaires endommagées. Ajout de dents aux prothèses dentaires existantes. Regarnissage ou rebasage des prothèses dentaires toutes les trois (3) années civiles.

6. Blessures accidentelles :

- Soins dentaires majeurs ou d'orthodontie en raison d'un accident, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne, par année civile. Le traitement doit commencer dans les 90 jours suivant l'accident.

7. Endodontie :

- Procédures habituelles requises pour une thérapie pulpaire ou un traitement radiculaire.

8. **Périodontie :**
 - Procédures habituelles pour le traitement de maladies touchant les tissus et les os qui supportent les dents.
9. **Anesthésie :**
 - Anesthésie générale ou analgésie à l'oxyde nitreux réalisée au cabinet dentaire.
10. **Consultations :**
 - Consultations exigées par le dentiste traitant.
11. **Médicaments :**
 - Coût des médicaments et des injections reçus au cabinet dentaire.

Soins majeurs couverts

1. **Restaurations majeures :**
 - Incrustations et prothèses extrinsèques (une par dent toutes les cinq (5) années civiles).
 - Jaquettes, couronnes et ponts visant à reconstruire ou à remplacer des dents manquantes. (Seulement une procédure par dent toutes les cinq (5) années civiles.)
 - Remarque : Veuillez consulter le point 6 sous « Exclusions et restrictions ».
2. **Prothétique :**
 - Prothèses dentaires partielles ou complètes pour la mâchoire supérieure ou inférieure réalisée par un dentiste ou un denturologiste agréé. Chaque procédure ne peut être réalisée qu'une fois toutes les cinq (5) années civiles. Les indemnités comprennent tous les ajustements.
 - Les implants dentaires seront couverts au coût minimum équivalent à un pont de trois unités (les charges de laboratoire sont couvertes à 50 % du coût d'un pont de trois unités).

Soins d'orthodontie couverts

Les soins d'orthodontie nécessitent normalement un premier paiement, puis des paiements mensuels ou trimestriels pour un traitement continu. Vous recevrez le remboursement de votre premier paiement et des paiements ultérieurs au fur et à mesure que vous recevrez les soins. Vous ne serez pas remboursé à l'avance pour des soins d'orthodontie que vous n'avez pas encore reçus.

Prière de noter : Le versement de prestations pour traitement orthodontique cessera lorsque l'enfant à charge ne répondra plus aux exigences d'admissibilité du régime.

Autorisation avant le traitement

L'exigence d'une préautorisation a été établie principalement pour vous protéger, permettant de résoudre tout malentendu avant un traitement dentaire coûteux.

Si le coût du traitement doit dépasser 500 \$, la Croix Bleue doit l'approuver à l'avance. Après avoir dressé la liste des soins prévus, votre dentiste présentera votre formulaire de demande et des radiographies à l'appui directement à la Croix Bleue. Un avis d'évaluation sera envoyé à vous et à votre dentiste.

Importance du guide tarifaire

Les prestations versées en vertu du régime sont calculées en fonction d'un guide tarifaire dentaire spécifique, élaboré par l'association dentaire de votre province. Bien qu'ils ne

soient pas tenus de le faire, la majorité des dentistes établissent leurs honoraires selon les tarifs indiqués dans ce guide tarifaire.

Lorsque vous vous rendez pour la première fois chez un dentiste, nous vous suggérons de vous renseigner sur la manière dont les tarifs sont établis avant de faire faire quelque travail que ce soit. Si les honoraires du dentiste sont plus élevés que ceux prévus dans le guide tarifaire, vous êtes responsable de tout montant excédentaire. En aucun cas le régime ne paiera davantage que les honoraires réels du dentiste.

Exclusions et restrictions

La Croix Bleue du Manitoba ne remboursera pas les frais suivants :

1. Services de nature purement cosmétique ou pour des motifs cosmétiques.
2. Soins rendus pour anomalies congénitales (p. ex., prothèse pour fente palatine).
3. Frais engagés pour des soins supplémentaires dont ont convenu de façon privée le patient et son dentiste.
4. Programmes d'enseignement sur l'hygiène buccale et la prévention du tartre dentaire.
5. Frais engagés pour tout appareil perdu, brisé ou volé.
6. Or, couronne, pont fixe, facettes ou autre traitement majeur alors qu'un autre matériau ou une autre procédure aurait constitué un substitut raisonnable selon les pratiques dentaires généralement reconnues. Lorsqu'un substitut raisonnable était disponible, le régime couvre les frais qui auraient été engagés pour le substitut habituel.
7. Frais distincts encourus pour une anesthésie générale, sauf lorsqu'elle fait partie des procédures réalisées au cabinet, comme le précise votre régime.
8. Blanchiment des dents.
9. Traitement radiculaire d'une même dent permanente effectué plus d'une fois.
10. Appareils contre le ronflement ou les apnées du sommeil.
11. Frais engagés pour des traitements dispensés par une autre personne qu'un dentiste, sauf pour les traitements dispensés dans un cabinet dentaire par un personnel dûment autorisé ou agréé à effectuer de tels traitements en vertu des statuts et des règlements professionnels applicables sous la supervision et la direction d'un dentiste.
12. Clichés diagnostiques.
13. Pièces d'adjonction de précision.
14. Hypnose et psychothérapie dentaire.
15. Disposition des installations ayant trait à l'anesthésie générale.
16. Polissage de restaurations.
17. Toute procédure reliée à l'odontologie médico-légale.
18. Fournitures et services auxquels une personne a droit sans frais en vertu de la loi ou pour lesquels des frais sont exigés seulement parce que la personne est couverte par un régime d'assurance.
19. Services associés au traitement d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.
20. Frais engagés pour remplir des formulaires de demande ou pour les rendez-vous manqués.
21. Services couverts ou offerts par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, par un ministère gouvernemental ou par une tierce partie redevable.
22. Frais pour des services offerts avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.
23. Fournitures et services qui ne paraissent pas dans la liste des frais remboursables.

Coordination des prestations

La coordination des prestations est offerte lorsque les deux conjoints dans une famille occupent un emploi régulier et qu'un régime de soins dentaires est offert par chacun de leurs employeurs.

Conformément à la clause « Coordination des prestations », vous êtes autorisé à présenter des demandes de règlement aux deux régimes à condition que le total des prestations reçues ne dépasse pas les dépenses réellement engagées.

Si les services sont rendus à vous-même, la Croix Bleue du Manitoba est l'assureur « principal » et c'est elle qui verse les prestations dues en premier. L'autre assureur est alors responsable de toute autre dépense admissible non remboursée. Lorsque les services sont rendus à votre conjoint, son assureur constitue l'assureur « principal » et c'est lui qui verse le premier, les prestations dues. Votre conjoint devra alors présenter un formulaire de demande à son assureur. Après avoir reçu le paiement, toute autre dépense admissible impayée peut être présentée à la Croix Bleue du Manitoba avec un formulaire de demande de règlement complété (précisant votre numéro de contrat) et le relevé des prestations versées ou refusées par l'autre assureur.

Si les services sont rendus à un enfant à charge, l'assureur de la personne couverte dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année devient l'assureur « principal ». La demande de règlement est alors traitée conformément à la procédure indiquée ci-dessus.

Cas de monogarde

L'identification du régime qui versera les prestations à vos enfants à charge s'effectuera dans l'ordre suivant :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

Cas de garde conjointe

L'identification du régime qui versera les prestations à vos enfants à charge s'effectuera dans l'ordre suivant :

- le régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année;
- le régime de l'autre parent;
- le régime du conjoint dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année;
- le régime du conjoint de l'autre parent.

Autres scénarios

- Si vous êtes couvert par un employeur et une police individuelle, le régime individuel pourrait être considéré comme second payeur après la couverture offerte en vertu de votre assurance collective.
- Si vous êtes couvert par un régime de retraite et d'assurance collective, les demandes de règlement devraient alors être soumises en premier lieu à votre régime d'assurance collectif, votre régime de retraite étant considéré comme le second payeur.

Les demandes de règlement ne devraient pas être soumises à la Croix Bleue du Manitoba lorsqu'une autre compagnie est le principal assureur et que la ou les personne(s) à votre charge est (sont) couverte(s) par une autre compagnie. Lorsqu'il reste un solde impayé sur une demande de règlement remboursée par une autre compagnie, la Croix Bleue du Manitoba traitera le solde restant. N'oubliez pas d'inclure avec votre demande de règlement une copie du sommaire du paiement ou une explication des prestations versées par l'autre compagnie, afin que le solde impayé puisse être traité pour remboursement jusqu'à concurrence de 100 % de la valeur de la demande de règlement.

Demande de règlement

Vous pouvez obtenir des formulaires de demande auprès de votre employeur ou sur notre site Web : www.mb.bluecross.ca

Veillez conserver votre relevé de prestations aux fins de l'impôt sur le revenu, étant donné que les originaux de vos reçus médicaux ne vous sont pas retournés.

Remarque : Les demandes de règlement pour les prestations décrites dans la présente brochure et soumises plus de deux ans après la date à laquelle les soins ont été obtenus ne sont pas acceptées.

Assurance des soins dentaires

Présentez le formulaire de demande de règlement au dentiste dès le premier rendez-vous. Tous les membres de votre famille recevant des soins dentaires doivent avoir leur propre formulaire de demande.

Après l'examen, le dentiste proposera un traitement et pourrait fixer d'autres rendez-vous. Si le coût du traitement prévu dépasse 500 \$ ou si le traitement comprend des soins dentaires majeurs (couronnes, ponts, implants, orthodontie, etc.), le dentiste devra présenter à la Croix Bleue du Manitoba un formulaire de demande de règlement dûment rempli, à faire approuver avant d'entreprendre le traitement. Si le coût du traitement est inférieur à 500 \$ ou s'il comprend des soins dentaires de base, le dentiste conservera le formulaire de demande de règlement jusqu'à la fin du traitement.

Le dentiste peut choisir de facturer directement la Croix Bleue du Manitoba, ou de continuer à vous facturer. Dès le début du traitement, veuillez vous renseigner sur la méthode de facturation. Si votre dentiste décide de facturer directement la Croix Bleue du Manitoba, il ne sera pas nécessaire pour vous de remettre une demande de règlement. Vous serez tenu de signer le formulaire de demande à l'endroit indiqué afin d'autoriser le remboursement au dentiste.

Changement de situation familiale

Signalement de changements

Vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant un changement dans votre propre situation ou dans celle d'une personne à votre charge causé par un mariage, un divorce, une séparation, la cessation de la situation assimilable à une union conjugale, un décès, un changement d'adresse, une naissance ou une adoption légale.

La majorité des changements de situation peuvent être déclarés à l'aide du formulaire « Avis de modification » disponible auprès de votre employeur.

Si vous avez décidé de ne pas vous inscrire à l'assurance des soins dentaires parce que vous êtes couvert par le régime d'une autre assurance collective qui cesse par la suite, vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant la cessation si vous souhaitez vous inscrire à ce régime.

Naissances

Vos nouveau-nés doivent être ajoutés à votre régime à titre de personnes à charge dans les 90 jours suivant leur naissance.

Divorce

Dans le cas d'un divorce, votre conjoint divorcé et/ou vos enfants à charge peuvent demander le maintien de la couverture. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Croix Bleue du Manitoba.

Fin de la couverture

Dès réception de l'avis de cessation d'emploi, la couverture est automatiquement résiliée à la fin du mois durant lequel la cessation a eu lieu ou au 31 août si votre cessation d'emploi survient à la fin de l'année scolaire en juin ou pendant les mois d'été.

Pour conserver une couverture similaire sur une base individuelle, communiquez avec la Croix Bleue du Manitoba pour obtenir plus de détails.

Remarque : Suite à l'inscription à cette assurance collective, vous ne pourrez pas choisir de ne plus y participer tant que vous demeurerez à l'emploi de la Division, sauf si vous êtes inscrit à un régime d'une autre assurance collective. Dans ce cas, votre demande d'annulation doit parvenir à la Croix Bleue du Manitoba dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime.



Accédez à votre régime en une seule étape facile !

Inscrivez-vous dès aujourd'hui à mybluecross^{MD} pour avoir accès à tous les renseignements concernant votre régime, n'importe où et en tout temps.

Accès rapide aux informations suivantes :

Mes demandes de règlement :

- Faire une demande de règlement
- Voir l'historique de demandes de règlement
- Voir l'historique des paiements

Ma couverture :

- Accéder aux renseignements sur la couverture
- Confirmer les exigences relatives à la demande de règlement
- Vérifier l'admissibilité aux prestations

Mon compte :

- Modifier le mot de passe du courriel et la question de sécurité
- Demander une nouvelle carte d'identité
- Mettre à jour les renseignements sur le dépôt direct
- Mettre les certificats à jour

De plus, grâce à mybluecross^{MD}, vous aurez un accès exclusif à Ma Bonne Santé^{MD} (notre ressource virtuelle sur la santé) et à Avantage Bleu^{MD} (notre programme national de rabais).

Comment s'inscrire :

- Visitez www.mb.bluecross.ca
- Cliquez sur Register (inscription) dans le coin droit supérieur de n'importe quelle page.
- Inscrivez les renseignements se trouvant sur votre carte d'identité et vérifiez votre compte.

La Croix Bleue du Manitoba accorde énormément d'importance à la protection des renseignements. Soyez assurés que toutes vos informations sont conservées de manière sûre et confidentielle.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec La Croix Bleue du Manitoba au 204-775-0151 ou, sans frais, au 1-800-USE-BLUE (873-2583).

Dépôt direct

Après vous être inscrit à mybluecross^{MD}, vous pouvez faire une demande de dépôt direct et jouir de la commodité des paiements de réclamation déposés directement dans votre compte bancaire.

Le dépôt direct permet de virer des fonds directement d'un compte bancaire à un autre sans manipulation d'argent comptant.

Le dépôt direct est une méthode sûre et fiable de paiement de réclamations.

Le dépôt direct contribue à éliminer la perte ou le vol de chèques et permet d'éviter qu'ils ne soient envoyés à une mauvaise adresse.

Une fois que vous aurez effectué l'inscription au dépôt direct, on vous avisera par courriel lorsque le paiement de votre demande de règlement aura été effectué et que le remboursement aura été déposé. Vous aurez accès aux informations se rapportant aux demandes de règlement et à l'état des demandes de règlement disponibles pour la lecture et l'impression. Vous pourrez également apporter des changements nécessaires à vos informations bancaires.

Comme pour tout service offert sur le Web, l'intégrité et la protection des informations sont très importantes pour la Croix Bleue du Manitoba. Soyez assurés que toutes vos informations sont conservées de manière sûre et confidentielle.

Important : Veuillez lire attentivement

Cette brochure constitue un sommaire de l'assurance offerte en vertu du contrat d'assurance collective. S'il y a divergence entre les modalités du présent sommaire et celles du contrat d'assurance collective, les modalités du contrat d'assurance collective auront préséance.

Pour toute question au sujet du contrat d'assurance collective, veuillez communiquer directement avec votre employeur.

La Croix Bleue du Manitoba rembourse les dépenses admissibles (à vous directement ou au fournisseur de services) conformément aux dispositions du contrat d'assurance collective, mais elle ne peut garantir ni la disponibilité ni la prestation des services.

De plus, lorsqu'elle détermine les modalités de paiement, La Croix Bleue du Manitoba se réserve le droit d'évaluer la somme à verser en fonction du guide tarifaire approuvé pour le service en question ou en fonction des frais habituels et raisonnables, au bon jugement de La Croix Bleue du Manitoba.