



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES
DES TUAC DU QUÉBEC



Livret des soins dentaires



Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec

Le régime a été créé le 1^{er} janvier 1975. Périodiquement, le régime est mis à jour par les fiduciaires. À ce jour, plus de 50 000 membres participent et au-delà de 60 000 personnes bénéficient des avantages du régime.

Ce livret décrit les garanties et traite des conditions se rattachant à votre participation. Nous vous invitons à le lire attentivement afin de vous familiariser avec le régime.

Les Fiduciaires du Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec

Pour plus de détails sur le régime, les remboursements ou les réclamations, communiquez avec :

Prudent Benefits Administration Services (PBAS)

1200, boul. Crémazie Est
Bureau 200
Montréal (Québec) H2P 0A3

Tél. : 514-856-1779
1-800-361-6915
dentaire@pbas.ca
<https://monpbas.pbas.ca>

AVERTISSEMENT : En cas de disparité entre le présent livret et les modalités du régime, ces dernières prévaudront.

Notez qu'à moins que le contexte n'indique le contraire, le genre masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Dispositions générales 1

- Admissibilité des salariés
- Délai d'adhésion
- Admissibilité des personnes à charge
- Terminaison
- Protection lors d'une absence du travail

Description des prestations de soins dentaires 5

- Frais admissibles et remboursables
- Franchise
- Maximum de remboursement

Liste des soins admissibles 6

- Services diagnostics
- Services de prévention
- Endodontie
- Parodontie
- Chirurgie buccale
- Restauration
- Prothèses amovibles
- Prothèses fixes
- Orthodontie

Restrictions et exclusions 9

- Première prothèse
- Prothèses subséquentes
- Prothèse remplaçant une prothèse de transition
- Prothèse équilibrée ou standard

Services en ligne 11

Demande de prestations et inscription aux services en ligne 12

- Formulaire à fournir par le cabinet dentaire
- Soumettre une réclamation
- Virement automatique
- Historique des réclamations
- Solde des prestations
- Délai pour soumettre une réclamation
- Païement à mon fournisseur
- Participation à plus d'un régime
- Vérification de l'admissibilité avant les traitements

Dispositions générales

Admissibilité des salariés

Pour être admissible au régime, vous devez être membre des TUAC et votre convention collective doit prévoir le versement de cotisations à la caisse du régime.

Vous devez être au travail pour que votre protection débute. Advenant votre absence à la date à laquelle votre protection entrerait autrement en vigueur, celle-ci ne débutera que lors de votre retour au travail.

Délai d'adhésion

Salarié régulier : Lorsque votre employeur aura versé en votre nom des cotisations depuis trois (3) mois, votre protection et celle de vos personnes à charges débuteront. Cette protection est accordée en autant que des cotisations soient versées de façon continue, à moins que le salarié régulier ne se qualifie à un maintien de protection selon la clause de **Protection lors d'une absence du travail** (voir pages 2 et 3 du livret). Dans le cas contraire, votre protection et celle de vos personnes à charge sera terminée si aucune cotisation n'est versée en votre nom par votre employeur pendant une période de 90 jours, et ce rétroactivement à la dernière période pour laquelle des cotisations ont été versées.

Salarié à temps partiel : Lorsque votre employeur aura versé en votre nom des cotisations depuis six (6) mois, votre protection débutera. Cette protection est accordée en autant que des cotisations soient versées de façon continue, à moins que le salarié à temps partiel ne se qualifie à un maintien de protection selon la clause de **Protection lors d'une absence du travail** (voir pages 2 et 3 du livret). Dans le cas contraire, votre protection sera terminée si aucune cotisation n'est versée en votre nom par votre employeur pendant une période de 90 jours, et ce rétroactivement à la dernière période pour laquelle des cotisations ont été versées.

Admissibilité des personnes à charge

Seules les personnes à charge d'un salarié régulier sont admissibles au régime. Si vous êtes un salarié à temps partiel, vos personnes à charge NE SONT PAS admissibles.

Les personnes à charge admissibles sont votre conjoint et vos enfants à charge.

Conjoint : le conjoint soit par le fait d'un mariage non dissout ou la personne qui vit depuis plus d'un an avec le salarié et qui est présentée publiquement comme le conjoint du salarié, ou la personne avec qui le salarié réside en permanence et que ceux-ci soient les parents d'un même enfant.

Enfant à charge : l'enfant célibataire du salarié ou de son conjoint ou des deux, âgé de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'il est aux études à temps plein dans une institution reconnue et qui dépend de l'assuré pour son soutien; ou l'enfant, quel que soit son âge, atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie, en autant que l'invalidité ait débutée alors qu'il était un enfant à charge, le rendant totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

Il est important de noter que vous êtes responsable d'aviser l'Administrateur du régime de tout changement aux renseignements sur vos personnes à charge, tel qu'un changement dans votre situation familiale ou de votre état civil.

Terminaison

Votre protection cesse automatiquement lors du premier des événements suivants :

- ✓ vous quittez votre emploi;
- ✓ vous n'êtes plus membre des TUAC;
- ✓ vous devenez régi par une convention collective ne prévoyant pas votre participation au régime;
- ✓ vous prenez votre retraite.

Advenant la cessation de votre protection, les frais autrement admissibles engagés après la date de cessation le demeurent pour une période de 60 jours, en autant qu'ils se rapportent à un traitement de canal ayant débuté avant cette date ou à la confection d'une prothèse dont l'empreinte a été prise avant cette date. La date de la mise en bouche tiendra lieu de date de facturation des frais.

De même, les frais engagés suite à un traitement orthodontique qui a débuté avant la date de cessation demeurent admissibles pour une période de 90 jours suivant cette date, pourvu que la participation de votre employeur soit maintenue dans le régime.

Lorsque vous effectuez un retour en service auprès d'un employeur participant dans les 30 jours suivant une cessation d'emploi, votre protection est remise en vigueur à la date de votre retour au travail.

Protection lors d'une absence du travail

Période d'invalidité ou congé de maternité

Lors d'un arrêt travail en raison d'une invalidité ou d'un congé de maternité, votre protection est maintenue sans cotisations. La continuation de la protection débute le premier jour de l'arrêt de travail, jusqu'à un maximum de 104 semaines.

Récidive d'une invalidité : À la suite d'un retour actif au travail, si vous devez vous absenter de nouveau après avoir travaillé pour une période de moins de 30 jours consécutifs, votre invalidité sera considérée comme étant une continuation de la première période d'invalidité, et la période de continuation de la protection de 104 semaines se poursuivra sans interruption.

Congés de maternité consécutifs : Dans le cas de congés de maternité consécutifs, sans retour actif au travail, la période de continuation de la protection de 104 semaines s'appliquera à compter du premier jour du congé de maternité initial.

Mise à pied, congé sans solde autorisé ou congé de paternité

Dans le cas d'une mise à pied temporaire, d'un congé sans solde autorisé ou d'un congé de paternité, votre protection est maintenue en vigueur sans cotisation pour une période maximale de six (6) mois ou selon les normes gouvernementales applicables. Vous ne bénéficiez d'aucune protection au-delà de cette période.

Toutefois, si vous reprenez le travail par la suite et si vous détenez encore des droits d'ancienneté, votre protection est remise en vigueur immédiatement dès votre retour actif au travail. Néanmoins, si vous avez perdu vos droits d'ancienneté, vous devez alors attendre trois (3) mois si vous êtes un salarié régulier ou six (6) mois si vous êtes un salarié à temps partiel avant que votre protection soit remise en vigueur.

Grève ou lock-out

Dans le cas d'une grève ou d'un lock-out, votre protection est maintenue en vigueur sans cotisation pour une période maximale de 60 jours. Au-delà de cette période, votre protection est suspendue jusqu'à la fin de la grève ou du lock-out.

Description des prestations de soins dentaires

Les frais admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence des montants indiqués au guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec et de l'Association des denturologistes du Québec. Le guide applicable est celui déterminé par les Fiduciaires.

Frais admissibles et remboursements

- ✓ Services diagnostics et de prévention remboursés à 100 %;
- ✓ Endodontie, parodontie et détartrage remboursés à 90 %;
- ✓ Chirurgie buccale, restauration et prosthodontie remboursées selon la catégorie (voir tableau ci-dessous);
- ✓ Orthodontie remboursée à 50 %.

Catégorie	Cotisation horaire*	Pourcentage de remboursement
AA	0,19 \$	80 %
BB	0,18 \$	70 %
CC	0,17 \$	60 %
DD	0,16 \$	50 %

*Les fiduciaires peuvent en tout temps modifier les taux de cotisations.

Le taux de cotisations prévu à votre convention collective détermine la catégorie et le pourcentage de remboursement.

Franchise

À chaque année civile, vous devez payer, par personne ou par famille, les premiers **25 \$** de frais de chirurgie buccale, restauration et prosthodontie.

Maximum de remboursement

Un montant maximum de **1 500 \$** par personne par année civile, pour tous les frais autres que les frais d'orthodontie. Les frais d'orthodontie sont limités à un maximum viager de **2 500 \$** par personne.

Liste des soins admissibles

Services diagnostics : 100 %

- ✓ examen complet : un par période de 24 mois consécutifs;
 - ✓ examen de rappel : un par période de 9 mois consécutifs;
 - ✓ examens spécifiques ou d'urgence; et dans le cas d'une référence auprès d'un spécialiste par un chirurgien dentiste, les examens de consultation;
 - ✓ tests de laboratoire, examens et biopsies;
 - ✓ radiographies intra-orales;
 - ✓ radiographie panoramique : une par période de 24 mois consécutifs;
 - ✓ modèles de diagnostic.
-

Services de prévention : 100 %

- ✓ polissage des dents : un traitement par période de 9 mois;
 - ✓ application topique de fluorure pour toute personne de moins de 18 ans, un traitement par période de 9 mois;
 - ✓ soins d'hygiène buccale, pour toute personne admissible de moins de 18 ans, sous réserve d'un traitement par 24 mois consécutifs;
 - ✓ prévention et contrôle de la carie;
 - ✓ scellants des puits et fissures, et odontotomie prophylactique pour les personnes de moins de 16 ans, sur les surfaces occlusales des dents postérieures permanentes;
 - ✓ meulage interproximal des dents;
 - ✓ installation d'appareils de maintien d'espace.
-

Endodontie : 90 %

- ✓ coiffage de pulpe, meulage, réimplantation et reposition;
 - ✓ pulpotomie et pulpectomie d'urgence;
 - ✓ traitement de canal;
 - ✓ apexification;
 - ✓ apectomie et obturation rétrograde;
 - ✓ amputation de racine;
 - ✓ hémisection et ouverture de la dent;
 - ✓ réimplantation intentionnelle;
 - ✓ blanchiment de dent dévitalisée suite à un traitement de canal.
-

Parodontie : 90 %

- ✓ traitement de la gencive, de l'os et des tissus entourant la dent, incluant les actes et services complémentaires, la chirurgie parodontale et les jumelages provisoires;
 - ✓ détartrage : un par période de 12 mois consécutifs, maximum 8 unités de temps;
 - ✓ curetage et surfaçage radiculaire : un traitement par dent par période de 12 mois consécutifs;
 - ✓ équilibrage mineure et majeure : un traitement par période de 12 mois consécutifs;
 - ✓ appareil parodontal : un à tous les 24 mois.
-

Chirurgie buccale : selon le taux de cotisations

- ✓ extraction simple et complexe;
 - ✓ alvéolectomie, alvéoloplastie;
 - ✓ anesthésie générale pour fin de chirurgie buccale seulement;
 - ✓ ostéoplastie, tubéroplastie;
 - ✓ ablation de kyste ou tumeur;
 - ✓ frénectomie;
 - ✓ ablation de surplus de muqueuse;
 - ✓ ablation de tissu hyperplasique;
 - ✓ extension des replis muqueux;
 - ✓ incision et drainage;
 - ✓ réparation d'une lacération de tissu mou;
 - ✓ dilatation de canal;
 - ✓ sialolithotomie par voie buccale;
 - ✓ traitement post-chirurgical;
 - ✓ contrôle d'hémorragie.
-

Restauration (plombages) : selon le taux de cotisations

- ✓ restauration en amalgame ou en composite et les tenons.
-

Prothèses amovibles : selon le taux de cotisations

- ✓ installation initiale d'une prothèse complète ou partielle;
- ✓ remplacement d'une prothèse complète ou partielle;
- ✓ réparation, ajustement, remplacement ou addition d'une dent;
- ✓ regarnissage ou rebasage d'une prothèse, après qu'une période d'au moins trois (3) mois se soit écoulée depuis son installation;
- ✓ obturateur palatin.

Notez que certaines restrictions s'appliquent. Veuillez consulter la section « Restrictions et exclusions ».

Prothèses fixes : selon le taux de cotisations

- ✓ installation initiale d'un pont fixe;
- ✓ réparation d'un pont fixe;
- ✓ rétention et support d'un pont fixe;
- ✓ remplacement d'un pont fixe;
- ✓ couronne;
- ✓ incrustation;
- ✓ facette.

Notez que certaines restrictions s'appliquent. Veuillez consulter la section « Restrictions et exclusions ».

Orthodontie : 50 %

Seules les personnes de moins de 25 ans à la date du début des traitements sont admissibles

- ✓ examen complet;
 - ✓ réparation, modification et recimentation des appareils orthodontiques;
 - ✓ appareils amovibles et fixes;
 - ✓ appareils de contrôle des habitudes buccales;
 - ✓ appareils de rétention;
 - ✓ traitements compréhensifs majeurs.
-

IMPORTANT

Avant le début de tout traitement dentaire pouvant coûter plus de 400 \$, faites établir un plan de traitement par le dentiste, le spécialiste ou le denturologiste, puis présentez-le à l'Administrateur du régime. Celui-ci vous confirmera les prestations remboursables.

Restrictions et exclusions

Outre les limitations déjà mentionnées dans la liste des soins admissibles, le régime prévoit les restrictions et exclusions suivantes :

- ✓ la partie de vos frais couverts par toute loi, tout régime gouvernemental ou tout autre régime d'assurance collective; que vous soyez ou non résident du Québec, vous serez réputé participer au régime gouvernemental du Québec;
 - ✓ vos frais engagés à des fins esthétiques, ou à l'occasion d'une intervention chirurgicale, ou d'un traitement de nature expérimentale, ou à d'autres fins que curatives;
 - ✓ vos frais engagés pour une série de soins dentaires ayant commencé avant le début de l'assurance de la personne couverte, y compris les frais demandés pour une couronne et une prothèse complète ou partielle;
 - ✓ vos frais engagés à la suite de votre participation active à un acte criminel, à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
 - ✓ vos frais engagés à l'extérieur du Canada, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence;
 - ✓ tout service ou traitement relié à la reconstruction de l'occlusion ou à l'articulation temporomandibulaire;
 - ✓ l'implantologie et ses services;
 - ✓ lorsqu'il existe plus d'une méthode reconnue de traitement pour obtenir un résultat clinique adéquat, les frais admissibles sont établis suivant le coût du traitement le moins élevé;
 - ✓ vos frais engagés pour les analyses de diète et les programmes de contrôle de la plaque dentaire;
 - ✓ vos frais engagés pour des soins dentaires ou orthodontiques qui ne sont pas livrés par un professionnel licencié en santé dentaire.
-

Première prothèse

Si l'extraction d'une ou de plusieurs dents naturelles a eu lieu alors que vous n'étiez pas couvert par un régime de soins dentaires, les frais pour une prothèse amovible, complète ou partielle, ou d'un pont fixe sont admissibles en autant que vous soyez couvert par le régime depuis au moins douze (12) mois. Dans ce cas, seul 50 % des frais admissibles seront considérés.

Prothèses subséquentes

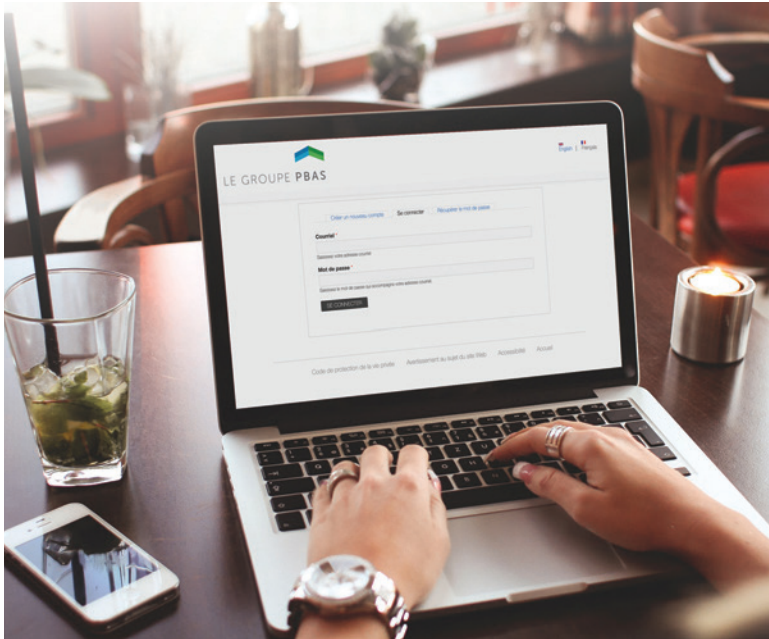
Les frais de remplacement d'une prothèse amovible, complète ou partielle, d'une couronne, d'une incrustation, d'une facette ou d'un pont fixe sont admissibles s'il s'agit de la première fois que vous réclamez un remboursement du régime ou si soixante (60) mois et plus se sont écoulés depuis le remboursement par le régime des derniers frais similaires ou à la suite d'un acte chirurgical rendant la prothèse inutilisable.

Prothèse remplaçant une prothèse de transition

Les frais d'une prothèse fixe ou amovible permanente en remplacement d'une prothèse fixe ou amovible de transition sont admissibles seulement si ce remplacement est effectué dans un délai spécifique de trois (3) à douze (12) mois de la mise en bouche de la prothèse de transition.

Prothèse équilibrée ou standard

Les frais d'une prothèse complète équilibrée ou d'une prothèse partielle équilibrée, sont admissibles jusqu'à concurrence du coût d'une prothèse équivalente standard.



Services en ligne

Notre site Web a été conçu pour fonctionner sur toutes les plateformes et tous les appareils mobiles. Une fois inscrit, vous aurez accès aux fonctionnalités suivantes :

- ✓ soumettre vos réclamations en ligne;
- ✓ visualiser l'historique de vos réclamations et de vos relevés explicatifs de remboursements;
- ✓ consulter le solde de vos prestations;
- ✓ passer en revue et mettre à jour vos renseignements personnels;
- ✓ s'enregistrer au virement automatique et mettre à jour vos renseignements bancaires;
- ✓ visualiser et imprimer le livret et l'aperçu du régime.

Pour plus d'informations, visitez notre site Web
<https://monpbas.pbas.ca>

Demande de prestations et inscription aux services en ligne

Formulaire à fournir par le cabinet dentaire

Votre dentiste ou denturologiste doit remplir un formulaire de demande de règlement pour chaque traitement. Veuillez noter que les frais ne sont remboursés qu'une fois le traitement complété, à l'exception des frais engagés pour des soins orthodontiques. Dans ce cas, les frais sont remboursés régulièrement tout au long du traitement sur présentation de pièces justificatives.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement auprès de votre dentiste, votre employeur, l'Administrateur du régime, sur le site Web de votre syndicat ou en ligne à <https://monpbas.pbas.ca> sous l'onglet centre de téléchargement.

Soumettre une réclamation en ligne

La soumission en ligne est un moyen rapide et pratique de soumettre vos réclamations pour le remboursement. Dans un premier temps, vous devez vous inscrire sur le site Web. Assurez-vous de signer et de fournir les renseignements sur le salarié et le patient sur le formulaire de demande de règlement. Ensuite, remplissez les champs obligatoires et téléversez les images de votre formulaire. En soumettant votre réclamation électroniquement, vous évitez les délais liés à une soumission par la poste.

Lorsque vous présentez des réclamations en ligne, vous devez conserver vos reçus originaux et les formulaires de réclamations pendant douze (12) mois car l'Administrateur du régime pourrait vous les demander en tout temps pour fin de vérification.

Vous pouvez aussi présenter vos réclamations par la poste. Souvenez-vous de remplir chaque section du formulaire de demande de règlement.

Virement automatique (dépôt direct)

Après vous être inscrit comme membre sur <https://monpbas.pbas.ca>, vous pourrez vous inscrire au virement automatique en remplissant le formulaire prévu à cette fin sous l'onglet dépôt direct.

Pour faciliter votre inscription au virement automatique, ayez en mains un spécimen de chèque ou un formulaire de virement automatique obtenu de votre institution financière lors de votre inscription. Ces documents fournissent toute l'information nécessaire pour mettre en place le virement automatique. Vos paiements peuvent être déposés dans un compte-chèque ou un compte d'épargne.

Vous pouvez changer vos renseignements bancaires à n'importe quel moment en faisant une mise à jour sous l'onglet dépôt direct. Pour supprimer vos renseignements bancaires, vous devez envoyer une demande, par courriel, à l'Administrateur du régime. Le traitement de votre demande peut prendre quelques jours, veuillez en tenir compte si vous changez ou supprimez vos renseignements bancaires.

Vous recevrez un relevé explicatif du remboursement par courriel avant que l'argent soit déposé dans votre compte bancaire. Selon les délais normaux de compensation bancaire, votre paiement devrait être déposé dans les deux (2) à trois (3) jours ouvrables.

Il est important de noter que vous êtes responsable des renseignements personnels et bancaires transmis à l'Administrateur du régime.

Historique des réclamations

L'historique des réclamations est accessible sur le site Web et mis à jour quotidiennement de sorte que vous puissiez toujours disposer de l'information actuelle concernant les réclamations que vous avez présentées.

Vous avez l'option d'imprimer ou de télécharger le relevé explicatif du remboursement pour toute réclamation que vous avez présentée. Ce document précise les détails concernant les réclamations et les remboursements effectués par votre régime. Ces renseignements sont utiles si vous avez à les soumettre à un autre régime d'assurance ou pour vos déclarations de revenus.

Solde des prestations

Une fois inscrit aux services en ligne, vous pourrez voir le solde de vos prestations sur <https://monpbas.pbas.ca>.

Délai pour soumettre une réclamation

Les réclamations doivent être présentées à l'Administrateur du régime dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Paiement à mon fournisseur

Votre régime permet de céder vos remboursements à votre dentiste ou denturologiste. Il est important d'obtenir son consentement pour qu'il accepte que le régime lui verse le remboursement auquel vous avez droit car vous serez responsable de lui verser les sommes non remboursables par le régime.

Participation à plus d'un régime (coordination des prestations)

À titre de membre, ce régime est le premier payeur pour vous-même. Pour votre conjoint, ce régime est le deuxième payeur si cette personne a son propre régime d'assurance.

S'il s'agit d'une réclamation pour des enfants à charge, les réclamations sont d'abord présentées au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) se produit plus tôt dans l'année civile, sans tenir compte de l'âge.

Après avoir obtenu le remboursement du premier payeur, vous devez soumettre les reçus, le formulaire de demande de règlement et le relevé explicatif du remboursement à l'autre régime d'assurance pour que le solde soit considéré pour un remboursement.

Toutefois, dans chacun des cas, le remboursement des frais ne pourra excéder le total des frais reconnus par le régime et admissibles au remboursement, quels que soit les frais réellement engagés.

Lorsque vous présentez des réclamations en ligne, vous devez conserver tous les documents originaux pendant douze (12) mois car l'Administrateur du régime pourrait vous les demander en tout temps pour fin de vérification.

Vérification de l'admissibilité avant les traitements

À titre de membre, vous êtes responsable de vérifier votre admissibilité aux couvertures du régime avant de procéder à un traitement. Aucun montant ne sera remboursé si votre couverture n'est pas en vigueur au moment du traitement. Pour ce faire vous devez communiquer avec l'Administrateur du régime.

Le comité de Fiducie responsable de la gestion de la caisse de soins dentaires des membres des TUAC du Québec est composé de dix (10) Fiduciaires dont cinq (5) représentent les sections locales des TUAC et cinq (5) représentent les employeurs suivants :

Les Compagnies
Loblaw
Limitée

Loblaw Limitée

metro

Metro Richelieu Inc.

Sobeys
inc. 

Sobeys capital Inc.



Olymel, s.e.c./l.p.

RONA 

RONA Inc.


TUAC
votre VOIX au travail
QUEBEC

TUAC Québec





RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES

DES TUAC DU QUÉBEC

Administrateur du régime :
Prudent Benefits Administration
Services (PBAS)
1200, boul. Crémazie Est, Bureau 200
Montréal (Québec) H2P 0A3

Tél. : 514-856-1779
1-800-361-6915
dentaire@pbas.ca
<https://monpbas.pbas.ca>



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES

DES TUAC DU QUÉBEC



Dental Benefit Booklet



Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec

The Plan was created on January 1, 1975 and is periodically updated by the Trustees. Today, more than 50,000 members participate in the Plan and 60,000 people benefit from the coverage.

This booklet describes the Plan benefits and the conditions surrounding your participation in the Plan. We encourage you to read this booklet carefully and become familiar with the terms of your coverage.

The Trustees of the Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec

For further details regarding the plan, as well as for reimbursement and claim inquiries, please contact:

Prudent Benefits Administration Services (PBAS)

1200 Crémazie Blvd. East, Suite 200
Montreal, Quebec H2P 0A3

Telephone: 514-856-1779
Toll free: 1-800-361-6915
dentaire@pbas.ca
<https://mypbas.pbas.ca>

DISCLAIMER: In the event of discrepancy between this booklet and the plan provisions, the latter will prevail.

Table of Contents

General Provisions **1**

- Eligibility Requirements for Employees Waiting
- Period for Employees
- Eligibility for Dependents
- Termination of Coverage
- Coverage While on a Leave of Absence

Description of Dental Benefits **5**

- Covered Services and Reimbursement
- Deductible Amount
- Maximum Reimbursement

List of Covered Expenses **6**

- Diagnostic Services
- Preventive Services
- Endodontic Services
- Periodontic Services
- Oral Surgery
- Restorative Services
- Removable Dental Prosthesis
- Fixed Dental Prosthesis
- Orthodontics

Limitations and Exclusions **7**

- Initial Prosthesis
- Subsequent Prosthesis
- Prosthesis Replacing a Transitional Prosthesis
- Balanced or Standard Prosthesis

Online Services **8**

Request for Reimbursement & Registration for Online Services **9**

- Required Forms from the Dental Office
- Submitting a Claim
- Direct Deposit
- Claim History
- Benefit Balance
- Delay to Submit a Claim
- Assignment of Reimbursement to Provider
- Coverage With More Than One Plan - Coordination of Benefits
- Validating Coverage at Time of Treatment

General Provisions

Eligibility Requirements for Employees

To be eligible for benefits under the Plan, you must be a member of the Travailleurs et Travailleuses unis de l'alimentation et du commerce (TUAC) and your collective agreement must provide for contributions to the trust fund.

You must be actively at work in order for your coverage to become effective. If you are not actively at work on the date when this coverage would otherwise become effective, your coverage will only become effective on the date you return to active work.

Waiting Period for Employees

Regular Employees: After your employer has paid contributions on your behalf for three (3) months, your coverage and that of your dependents will begin. This coverage is granted as long as contributions are paid on a continuous basis, unless the regular employee qualifies for a continuation of coverage according to the **Coverage While on a Leave of Absence** clause (see pages 2 and 3 of the booklet). Otherwise, your coverage and that of your dependants will be terminated if no contributions are paid on your behalf by your employer for a period of 90 days, retroactive to the last period for which contributions were paid.

Part-time Employees: After your employer has paid contributions on your behalf for six (6) months, your coverage will begin. This coverage is granted as long as contributions are paid on a continuous basis, unless the regular employee qualifies for a continuation of coverage according to the **Coverage While on a Leave of Absence** clause (see pages 2 and 3 of the booklet). Otherwise, your coverage and that of your dependants will be terminated if no contributions are paid on your behalf by your employer for a period of 90 days, retroactive to the last period for which contributions were paid.

Eligibility for Dependants

Only dependants of regular employees are eligible for coverage. If you are a part-time employee, your dependants ARE NOT eligible for coverage. Eligible dependants are your spouse and dependant children.

Spouse: The spouse through an undissolved marriage; or the person who has been residing with the employee for more than one year and is publicly presented as the spouse of the employee; or the person who resides with the employee and when both are parents of a same child.

Dependant child: The unmarried child of the employee or of his/her spouse, who is under 21 years of age, or under 25 years of age if the child is a registered full-time student at an accredited institution, and who is dependent upon the employee for support; or the child, regardless of age, who is physically or mentally disabled as a result of an accident or a sickness, as long as the disability occurred while he/she was a dependant child, and thus prevents him/her to work for wages.

It is important to note that you are responsible for advising the Plan Administrator of any changes in your eligible dependants' information, such as a change in your family and marital status.

Termination of Coverage

Your coverage will automatically cease on the earliest of the following events:

- ✓ The date you leave your employment;
- ✓ The date you are no longer a member of the TUAC;
- ✓ The date you are governed by a collective agreement which does not provide for your participation in the Plan;
- ✓ The date you retire.

In the event your coverage is terminated, any eligible expenses incurred within 60 days after such termination will be covered provided they were incurred in connection with services rendered for root canal treatment which began before the termination of coverage or for the fabrication of a dental prosthesis for which an impression was taken before termination of coverage. The insertion date for a dental prosthesis stands as the billing date for the expenses.

Likewise, expenses incurred for an orthodontic treatment begun before the date of termination of coverage remain eligible for a period of 90 days following this date, provided your employer has maintained his participation in the Plan.

When you return to work for a participating employer within 30 days of your date of termination of employment, your coverage comes into effect on the date you return to work.

Coverage While on a Leave of Absence

Disability or maternity leave

During a leave of absence from work due to a disability or a maternity leave, your coverage is continued without contributions. The continuation of coverage starts on the first day of the work stoppage, up to a maximum of 104 weeks.

Recurrence of a disability: Following a return to active work, if you require to be absent again after working for a period of less than 30 consecutive days, your disability will be considered a continuation of the first period of disability, and the 104-week period of continuation of coverage will remain without interruption.

Consecutive maternity leaves: In the event of consecutive maternity leaves, without a return to active work, the 104-week period of continuation of coverage will apply starting from the first day of the initial maternity leave.

Lay-off or authorized leave without pay or paternity leave

In the event of a temporary lay-off, an authorized leave without pay or a paternity leave, your coverage remains in effect without contributions for a maximum period of 6 months or according to governmental standards. Your coverage will end after this period.

However, if you return to active work and if you still have any seniority rights, your coverage becomes effective immediately upon your return to work. If you have lost your seniority rights, you must then wait three (3) months if you are a regular employee, or six (6) months if you are a part-time employee before your coverage becomes effective.

Strike or lock-out

In the event of a strike or lock-out, your coverage remains in effect without contributions for a maximum period of 60 days. Beyond this period, your coverage is suspended until the end of the strike or lock-out.

Description of Dental Benefits

Eligible expenses incurred in connection with the above services are reimbursable up to the amount indicated in the Fee Guide of the Association des chirurgiens dentistes du Québec and the Association des denturologistes du Québec. The applicable fee guide is determined by the Trustees.

Covered Services and Reimbursement

- ✓ Diagnostic and preventive services: Reimbursed at 100%
- ✓ Endodontic and periodontic services: Reimbursed at 90%
- ✓ Oral surgery, restorative and prosthodontic services: Reimbursement based on the category (see table below)
- ✓ Orthodontics: Reimbursed at 50%

Category	Hourly Contribution *	Percentage of Reimbursement
AA	\$0.19	80%
BB	\$0.18	70%
CC	\$0.17	60%
DD	\$0.16	50%

* The Trustees can modify the contribution rates at any time

The contribution rate provided in your collective agreement determines the category of coverage you belong to and the percentage of reimbursement.

Deductible Amount

Every calendar year, you must pay, per person or per family, the first **\$25** of expenses incurred for oral surgery, restorative and prosthodontic services.

Maximum Reimbursement

A maximum of **\$1,500** per person, per calendar year is reimbursed for all expenses other than orthodontics. Orthodontic services are limited to a lifetime maximum of **\$2,500** per person.

List of Covered Expenses

Diagnostic Services: 100%

- ✓ One complete examination per period of 24 consecutive months;
 - ✓ One recall examination per period of 9 consecutive months;
 - ✓ Specific or emergency examinations and consultation with a specialist in the case of a referral by a surgeon;
 - ✓ Laboratory tests, examinations and biopsies;
 - ✓ Intra-oral X-rays;
 - ✓ One panoramic X-ray per period of 24 consecutive months;
 - ✓ Diagnostic casts.
-

Preventive Services: 100%

- ✓ Tooth polishing: One treatment per period of 9 consecutive months;
 - ✓ Fluoride treatment (applicable only to eligible persons under 18 years of age): Topical application; one treatment per period of 9 consecutive months;
 - ✓ Oral hygiene instruction (applicable only to eligible persons under 18 years of age): One treatment per period of 24 consecutive months;
 - ✓ Prevention and control of cavities;
 - ✓ Pit and fissure sealants and prophylactic odontotomy on occlusal surfaces of permanent posteriors (applicable only to persons under 16 years of age);
 - ✓ Interproximal discing of teeth;
 - ✓ Installation of space maintainers.
-

Endodontic Services: 90%

- ✓ Pulp capping, discing, reimplantation and repositioning;
 - ✓ Pulpotomy and pulpectomy as emergency procedures;
 - ✓ Root canal treatment;
 - ✓ Apexification;
 - ✓ Apicoectomy and retrofilling;
 - ✓ Root amputation;
 - ✓ Hemisection and opening through natural tooth;
 - ✓ Intentional reimplantation;
 - ✓ Bleaching of endodontically treated tooth.
-

Periodontic Services: 90%

- ✓ Treatment of gums, bone and tissues surrounding tooth, including adjunctive services, periodontal surgery and provisional splinting;
- ✓ Scaling: Maximum of 8 units per period of 12 consecutive months;
- ✓ Periodontal scaling and root planning: One treatment for each tooth per period of 12 consecutive months;
- ✓ Minor and major equilibration: One treatment per period of 12 consecutive months;
- ✓ One periodontal appliance every 24 months.

Oral Surgery (Tooth Extraction): Based on Contribution Rate

- ✓ Uncomplicated and complicated extraction;
- ✓ Alveolectomy, alveoloplasty;
- ✓ General anesthesia for surgery only;
- ✓ Osteoplasty, tuberoplasty;
- ✓ Removal of cysts or tumors;
- ✓ Frenectomy;
- ✓ Removal of excess mucosa;
- ✓ Removal of hyperplasia tissue;
- ✓ Extension of mucous fold;
- ✓ Incision and drainage;
- ✓ Repair lacerations of soft tissue;
- ✓ Dilatation of duct;
- ✓ Sialolithotomy by oral approach;
- ✓ Post-surgical treatment;
- ✓ Hemorrhage control.

Restorative Services (Fillings): Based on Contribution Rate

- ✓ Amalgam or composite restorations and retentive pins.

Removable Dental Prosthesis: Based on Contribution Rate

- ✓ Initial installation of a complete or partial prosthesis;
- ✓ Replacement of a complete or partial prosthesis;
- ✓ Tooth repair, adjustment, replacement or addition;
- ✓ Relining or rebasing of a prosthesis provided 3 months have elapsed since installation;
- ✓ Palatal obturator.

Please refer to the limitations and exclusions section.

Fixed Dental Prosthesis: Based on Contribution Rate

- ✓ Initial installation of fixed bridges;
- ✓ Fixed bridge repairs;
- ✓ Retention and support of fixed bridges;
- ✓ Replacement of fixed bridges;
- ✓ Crowns;
- ✓ Inlays, onlays.

Please refer to the limitations and exclusions section.

Orthodontics: 50%

Only persons under age 25 at the date of the beginning of the treatments are eligible.

- ✓ Complete examination;
- ✓ Repair, modification and recementation of orthodontic appliances;
- ✓ Removable and fixed appliances;
- ✓ Control appliances for oral habits;
- ✓ Retention appliances;
- ✓ Major comprehensive treatment.

IMPORTANT: Before starting a dental care treatment expected to cost \$400 or more, ask the dentist, specialist or denturologist to prepare a treatment plan and submit it to the Plan Administrator who will then confirm the portion of the dental expenses that will be reimbursed.

Limitations and Exclusions

In addition to the limitations mentioned in the list of covered dental expenses, the Plan includes the following limitations and exclusions:

- ✓ The portion of your expenses covered by any law, government plan or other group insurance plan. Whether or not you are a Quebec resident, you will be considered as participating in the Quebec government plan and reimbursed accordingly;
 - ✓ Expenses incurred for reasons other than curative or for mainly aesthetic reasons, or for surgery or experimental treatment;
 - ✓ Expenses incurred for a series of dental care treatments begun prior to the effective date of the insured person's coverage, including expenses incurred for a crown or a complete or partial prosthesis;
 - ✓ Expenses incurred for injuries sustained while committing a criminal offence, taking part in civil disorder, a riot or an insurrection;
 - ✓ Expenses incurred while outside of Canada, unless incurred for emergency treatment;
 - ✓ All services or treatments in connection with the reconstruction of the occlusion or the temporomandibular joint;
 - ✓ Implantology or related services;
 - ✓ When more than one treatment exists to obtain an adequate clinical result, the eligible expenses are based on the cost of the least expensive treatment;
 - ✓ Expenses incurred for diet analyses and plaque control programs;
 - ✓ Expenses incurred for dental or orthodontic services not delivered by a licensed provider.
-

Initial Prosthesis

If one or more natural teeth were extracted while you were not covered under a dental plan, the expenses incurred for the installation of a complete or partial removable prosthesis, or a fixed bridge are eligible provided you are covered under this Plan for at least twelve (12) months. In this case, only 50% of eligible expenses will be considered.

Subsequent Prosthesis

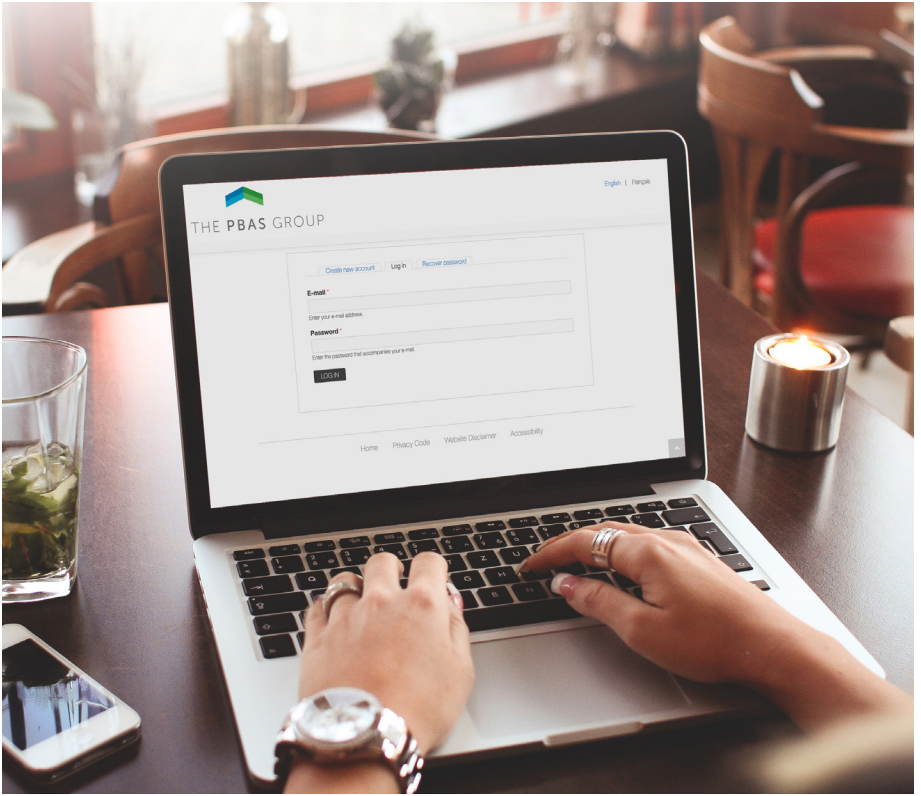
Expenses incurred for the replacement of a complete or partial removable prosthesis, a crown, inlays, onlays, porcelain veneer or a fixed bridge are eligible provided you are either claiming reimbursement for the first time, or sixty (60) months or more have elapsed since you were last reimbursed under the Plan for similar expenses, or following a surgical procedure which renders the prosthesis unusable.

Prosthesis Replacing a Transitional Prosthesis

Expenses incurred to replace a fixed or removable transitional prosthesis with a fixed or removable permanent prosthesis, are eligible for reimbursement only if this replacement takes place within a specific period of three (3) to twelve (12) months following the insertion of the transitional prosthesis.

Balanced or Standard Prosthesis

Expenses incurred for a balanced complete prosthesis or a balanced partial prosthesis are covered up to the cost of an equivalent standard prosthesis.



Online Services

Our website was designed for use across all platforms and mobile devices. Once you have registered your account, you have access to the following features:

- ✓ Submit claims online
- ✓ View claims history and explanation of benefits;
- ✓ Review benefit balances;
- ✓ Review and update personal information;
- ✓ Register for direct deposit and update your banking information;
- ✓ View and print plan booklet and benefits-at-a-glance.

Please visit our website for more information: <https://mypbas.pbas.ca>

Requests for Reimbursement and Registration for Online Services

Required Forms from the Dental Office

Your dentist or denturologist must fill out a claim form for each treatment. Please note that expenses are only reimbursed once treatment is completed, with the exception of expenses incurred for orthodontic services. In this case, expenses are reimbursed regularly throughout the duration of the treatment upon presentation of supporting documents.

A claim form can be obtained from your dentist, your employer, the Plan Administrator, your union website or online at: <https://mypbas.pbas.ca> under the Download Centre.

Submitting a Claim

Online claim submission is a quick and practical way to submit your claims for reimbursement. As a first step, you will need to register as a member on the website above. Make sure to sign and provide member and patient information on the claim form. Next complete the required fields and upload pictures of your claim form. By submitting your claim electronically, you avoid waiting for your claim to reach us by mail.

When submitting claims online, you are required to retain your original receipts and claim forms for twelve (12) months, as the Plan Administrator may request these documents at any time for audit purposes.

Alternatively, you may submit a claim via mail. Remember to complete each section of the claim form.

Direct Deposit

Once you have registered as a member on mypbas.pbas.ca, you can register for direct deposit by completing the required form under the Direct Deposit page.

To make the direct deposit registration process simple, have a blank cheque or direct deposit form from your financial institution on hand when you register. These documents include all the information required to set up a direct deposit. Your payments can be deposited into a chequing or savings account.

You can update your direct deposit at any time by updating your information on the Direct Deposit page. To cancel your direct deposit, please send a request, via email, to the Plan Administrator. It may take a few days to process your request. Please consider this delay if you change your banking information.

Before the payment has been deposited into your account, you will receive an Explanation of Benefits by email. With normal bank clearing procedures, your payment should be deposited within two (2) or three (3) business days.

It is important to note that you are responsible for all personal and banking information you provide to the Plan Administrator.

Claim History

Claim history is available on the website and updated daily so that you will always have the most up-to-date information regarding your submitted claims.

You have the option to print or download the Explanation of Benefits for any claim that you have submitted. This document details the claim information and payments made by your plan. This information is useful if you have to submit it to another insurance plan or for income tax purposes.

Benefit Balance

Once you have registered as a member for online services, you can view your remaining balance under Benefit Balance on <https://mypbas.pbas.ca>.

Delay to Submit a Claim

Claims must be submitted to the Plan Administrator within ninety (90) days of the date the expenses were incurred.

Assignment of Reimbursement to Provider

Your plan allows you to assign your reimbursement to a dentist or denturologist. It is important to obtain your professional's consent to accept that the plan pays them the reimbursement to which you are entitled, since you remain responsible for paying any amounts that are not reimbursed by the plan.

Coverage with More Than One Plan (Coordination of Benefits)

For you, the member, this plan is the first payer. For your spouse, this plan is the second payer if they have their own plan.

For dependant children, claims are submitted first to the benefit plan for the parent whose birthday (month and day) occurs earlier in the calendar year, regardless of age.

Following the reimbursement from the first payer, copies of the receipts, claim reimbursement form and the Explanation of Benefits must be submitted to the other plan so that the balance can be considered for reimbursement.

However, in each case, the reimbursement of expenses may not exceed the total expenses recognized by the plan and eligible for reimbursement, regardless of the expenses actually incurred.

When submitting claims online, you are required to retain all original documents for twelve (12) months, as the Plan Administrator may request them at any time for audit purposes.

Validation of Coverage at Time of Treatment

As a member, you are responsible to ensure that you are eligible for coverage before starting a treatment. No amount will be reimbursed if your coverage is not in effect at the time of treatment. You should contact the Plan Administrator to validate your coverage.

The Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec is administered by a trust committee consisting of 10 trustees of which 5 represent the Quebec TUAC Local unions and the 5 following employers:

**Loblaw
Companies
Limited**

Loblaw Limited

metro

Metro Richelieu Inc.

Sobeys
INC.

Sobeys Capital Inc.



Olymel, s.e.c./l.p.

RONA

RONA Inc.

TUAC
votre VOIX au travail
QUÉBEC

TUAC Québec



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES

DES TUAC DU QUÉBEC

Plan Administrator:
Prudent Benefits Administration
Services (PBAS)
1200 Crémazie Blvd. East, Suite
200 Montreal, Quebec H2P 0A3

Telephone: 514-856-1779
Toll free: 1-800-361-6915
dentaire@pbas.ca
<https://mypbas.pbas.ca>