



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES

DES TUAC DU QUÉBEC



Folleto de atención odontológica



Plan de atención odontológica de los miembros de la Comisión Sindical Consultiva (TUAC, por sus siglas en inglés) de Quebec.

El plan fue creado el 1º de enero de 1975. Periódicamente, los fiduciarios lo actualizan. En la actualidad, participan más de 50.000 miembros y hay más de 60.000 personas beneficiarias de las ventajas del plan.

Este folleto describe las coberturas y presenta las condiciones relacionadas con su participación. Invitamos a leerlo atentamente para familiarizarse con el plan.

Los Fiduciarios del Plan de Atención Odontológica de los miembros de la Comisión Sindical Consultiva (TUAC) de Quebec

Para más detalles sobre el plan, los reembolsos o las solicitudes, comuníquese con:

El Grupo PBAS
1200, boul. Crémazie Est
Oficina 200

Tél. : 514 856-1779
1 800 361-6915
dentaire@pbas.ca

ADVERTENCIA: En caso de discrepancia entre el presente folleto y las modalidades del plan, estas últimas prevalecerán.

Tenga en cuenta que, a menos que el contexto indique lo contrario, el género masculino se utiliza con el propósito de aligerar el texto.

Índice

Disposiciones generales 1

- Admisibilidad de los empleados
- Plazo de afiliación
- Admisibilidad de personas a cargo
- Terminación
- Protección en una ausencia al trabajo

Descripción de los beneficios de atención odontológica 4

- Gastos admisibles y reembolsables
- Franquicia
- Máximo de reembolso

Lista de prestaciones admisibles 5

- Servicios de diagnóstico
- Servicios de prevención
- Endodoncia Periodoncia
- Cirugía Oral
- Restauración
- Prótesis removibles
- Prótesis fijas
- Ortodoncia

Restricciones y exclusiones 8

- Primera prótesis
- Prótesis siguientes
- Prótesis de reemplazo de una prótesis provisoria
- Prótesis equilibrada o estándar

Servicios en línea

10

Solicitud de beneficios e inscripción en los servicios en línea

11

- Formulario proporcionado por el consultorio odontológico
- Presentar una solicitud
- Pago automático
- Histórico de solicitudes
- Saldo de beneficios
- Plazo para presentar una solicitud
- Pago a mi proveedor
- Participación en más de un plan
- Verificación de la admisibilidad antes de los tratamientos

Disposiciones generales

Admisibilidad de los empleados

Para ser admisible para el plan, debe ser miembro de la TUAC y su convenio colectivo debe prever el pago de aportes a la caja del plan.

Debe estar trabajando para que su protección comience. En caso de que esté ausente en la fecha en que su cobertura entraría en vigencia, esta no comenzará hasta que regrese a trabajar.

Plazo de afiliación

Empleado regular: Su cobertura y la de sus personas a cargo comenzará cuando su empleador haya hecho aportes en su nombre durante tres (3) meses.

Empleado a tiempo parcial: Su cobertura comenzará cuando su empleador haya hecho aportes en su nombre durante seis (6) meses.

Admisibilidad de personas a cargo

Solo las personas a cargo de un empleado regular son admisibles para el plan. Si usted es un empleado a tiempo parcial, sus personas a cargo NO SON admisibles.

Las personas a cargo admisibles son su cónyuge y sus hijos a cargo.

Cónyuge: el cónyuge, ya sea en razón de un matrimonio no disuelto o la persona que vive desde hace más de un año con el empleado y que se presenta públicamente como cónyuge del empleado, o la persona con quien el empleado reside permanentemente siendo ambos los padres de un mismo hijo.

Hijo a cargo: el hijo soltero del empleado o de su cónyuge o de ambos, menor de 21 años, o menor de 25 si está estudiando a tiempo completo en una institución reconocida, y que dependa del asegurado para su sustento; o el hijo, sea cual fuere su edad, que sufra una discapacidad física o mental resultante de un accidente o una enfermedad, en la medida en que la discapacidad haya comenzado cuando era hijo a cargo, generándole incapacidad total para el ejercicio de una actividad remunerada.

Es importante tener en cuenta que usted es responsable de notificar al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en la información sobre sus personas a cargo, como un cambio en su situación familiar o su estado civil.

Terminación

Su cobertura finaliza automáticamente con el primero de los siguientes eventos:

- 3 usted deja su trabajo;
- 3 usted deja de ser miembro de la TUAC;
- 3 usted pasa a regirse por un convenio colectivo que no prevé su participación en el plan; 3 usted se jubila;

En caso de que su cobertura termine, los gastos que de otro modo serían admisibles en los que haya incurrido después de la fecha de terminación seguirán siéndolo por un período de 60 días, siempre que se relacionen con un tratamiento de conducto que haya comenzado antes de esa fecha o con la preparación de una prótesis cuya impresión fue tomada antes de esa fecha. La fecha de la colocación en la boca será considerada como fecha de facturación de los gastos.

Asimismo, los gastos realizados después de un tratamiento de ortodoncia que haya comenzado antes de la fecha de terminación siguen siendo admisibles durante un período de 90 días luego de esa fecha, siempre que se mantenga la participación de su empleador en el plan.

Si usted regresa al servicio con un empleador participante dentro de los 30 días posteriores a una cesantía, la vigencia de su cobertura se restablecerá en la fecha en que regrese al trabajo.

Protección en una ausencia al trabajo

Período de incapacidad o de licencia por maternidad

Una vez en vigor, su cobertura se mantiene sin aportes durante toda ausencia al trabajo por razones de incapacidad o licencia por maternidad, hasta un máximo de 104 semanas.

Suspensión, licencia autorizada sin goce de sueldo o licencia por paternidad

En caso de una suspensión temporal, una licencia autorizada sin goce de sueldo o una licencia por paternidad, su cobertura se mantiene sin aportes por un período máximo de seis (6) meses o de acuerdo con las normas

gubernamentales aplicables. No contará con ninguna cobertura después de ese período.

De todos modos, si luego usted vuelve a trabajar y todavía tiene derechos de antigüedad, su cobertura entrará inmediatamente en vigencia a partir de su regreso activo al trabajo. En cambio, si ha perdido sus derechos de antigüedad, deberá esperar tres (3) meses para que vuelva a entrar en vigor su cobertura si usted es un empleado regular o seis (6) meses si es un empleado a tiempo parcial.

Huelga o lock-out

En caso de huelga o lock-out, su cobertura se mantiene en vigor sin aportes por un período máximo de 60 días. Más allá de este período, su cobertura quedará suspendida hasta el final de la huelga o el lock-out.

Descripción de los beneficios de atención odontológica

Los gastos admisibles se reembolsan hasta alcanzar los montos indicados en la guía de tarifas de la Asociación de Cirujanos Dentales de Quebec y la Asociación de Protesistas de Quebec. La guía aplicable es la que determinan los Fiduciarios.

Gastos admisibles y reembolsos

- ✓ Servicios de diagnóstico y prevención reembolsados al 100 %;
- ✓ Endodoncia, periodoncia y limpieza del sarro reembolsados al 90 %;
- ✓ Cirugía oral, restauración y prostodoncia reembolsadas según la categoría (ver tabla a continuación);
- ✓ Ortodoncia reembolsada al 50 %.

Categoría	Cotización por hora*	Porcentaje de reembolso
C	0,18 \$	80 %
D	0,17 \$	70 %
E	0,16 \$	60 %
F	0,15 \$	50 %

*Los fiduciarios pueden modificar las tasas de cotización en todo momento.

La tasa de cotización prevista en su convenio colectivo determina la categoría y el porcentaje de reembolso.

Franquicia

Cada año calendario, usted deberá pagar, por persona o por familia, los primeros **25 \$** de gastos en cirugía oral, restauración y prostodoncia.

Máximo de reembolso

Un monto máximo de **1 500 \$** por persona, por año calendario, para todos los gastos que no sean de ortodoncia. Los gastos de ortodoncia están limitados a un máximo de por vida de **2 500 \$** por persona.

Lista de prestaciones admisibles

Servicios de diagnóstico: 100 %

- ✓ examen completo: uno por período de 24 meses consecutivos;
 - ✓ examen de control: uno por período de 9 meses consecutivos;
 - ✓ exámenes específicos o de emergencia; y en caso de una derivación a un especialista por un cirujano dental, exámenes de consulta;
 - ✓ análisis de laboratorio, exámenes y biopsias;
 - ✓ radiografías intraorales;
 - ✓ radiografía panorámica: una por período de 24 meses consecutivos;
 - ✓ modelos de diagnóstico.
-

Servicios de prevención: 100 %

- ✓ pulido de los dientes: un tratamiento por período de 9 meses;
 - ✓ aplicación tópica de flúor para toda persona menor de 18 años, un tratamiento por período de 9 meses;
 - ✓ cuidados de higiene bucal, para toda persona admisible menor de 18 años, bajo reserva de un tratamiento por 24 meses consecutivos;
 - ✓ prevención y control de caries;
 - ✓ selladores de fosas y fisuras, odontotomía profiláctica para personas menores de 16 años, en las superficies oclusales de los dientes posteriores permanentes;
 - ✓ reducción interproximal de dientes;
 - ✓ instalación de aparatos de mantenimiento del espacio.
-

Endodoncia: 90 %

- ✓ extirpación de la pulpa, reducción, relleno y sellado;
- ✓ pulpotomía y pulpectomía de emergencia;
- ✓ tratamiento de conducto;
- ✓ apexificación;
- ✓ apicectomía y obturación retrógrada;
- ✓ amputación de raíz;
- ✓ hemisección y apertura del diente;
- ✓ reimplante intencional;

- ✓ blanqueamiento de diente desvitalizado por un tratamiento de conducto.
-

Periodoncia: 90 %

- ✓ tratamiento de la encía, el hueso y los tejidos que rodean el diente, incluyendo los procedimientos y servicios complementarios, la cirugía periodontal y ataches provisionales;
 - ✓ limpieza del sarro: una por período de 12 meses consecutivos, máximo 8 unidades de tiempo;
 - ✓ curetaje y alisado radicular: un tratamiento por diente por período de 12 meses consecutivos;
 - ✓ equilibrio menor y mayor: un tratamiento por período de 12 meses consecutivos;
 - ✓ aparato periodontal: uno cada 24 meses.
-

Cirugía oral: según la tasa de cotización

- ✓ extracción simple y compleja;
- ✓ alveolectomía, alveoloplastia;
- ✓ anestesia general para cirugía oral solamente;
- ✓ osteoplastia, tuberoplastia;
- ✓ ablación de quiste o tumor;
- ✓ frenectomía;
- ✓ eliminación del exceso de mucosa;
- ✓ ablación de tejido hiperplásico;
- ✓ extensión de pliegues mucosos;
- ✓ incisión y drenaje;
- ✓ reparación de una laceración de tejido blando;
- ✓ dilatación ductal;
- ✓ sialolitomía bucal;
- ✓ tratamiento posquirúrgico;

- ✓ control de hemorragia.
-

Restauración (empastes) : según la tasa de cotización

- ✓ restauración de amalgama o composite y soportes.
-

Prótesis removibles: según la tasa de cotización

- ✓ instalación inicial de una prótesis completa o parcial;
- ✓ reemplazo de una prótesis completa o parcial;
- ✓ reparación, ajuste, reemplazo o adición de un diente;
- ✓ revestimiento o rebasado de una prótesis, después de un período de al menos tres (3) meses desde su colocación;
- ✓ obturador palatino.

Tenga en cuenta que se aplican algunas restricciones. Consulte la sección "Restricciones y exclusiones".

Prótesis fijas: según la tasa de cotización

- ✓ instalación inicial de un puente fijo;
- ✓ reparación de un puente fijo;
- ✓ retención y soporte de un puente fijo;
- ✓ reemplazo de un puente fijo;
- ✓ corona;
- ✓ incrustación;
- ✓ carilla.

Tenga en cuenta que se aplican algunas restricciones. Consulte la sección "Restricciones y exclusiones".

Ortodoncia: 50 %

Solo son admisibles las personas de menos de 25 años a la fecha de inicio de los tratamientos

- ✓ examen completo;

- ✓ reparación, modificación y recementación de aparatos de ortodoncia;
 - ✓ aparatos removibles y fijos;
 - ✓ aparatos de control de hábitos orales;
 - ✓ aparatos de retención;
 - ✓ tratamientos integrales mayores.
-

IMPORTANTE

Antes de comenzar cualquier tratamiento dental que pueda costar más de 400 \$, haga que un dentista, especialista o protesista prepare un plan de tratamiento y preséntelo al Administrador del Plan. Este le confirmará los beneficios reembolsables.

Restricciones y exclusiones

Además de las limitaciones ya mencionadas en la lista de cuidados admisibles, el plan prevé las siguientes restricciones y exclusiones:

- ✓ la parte de sus gastos cubiertos por cualquier ley, cualquier plan del gobierno o cualquier otro plan de seguro colectivo; sea o no residente en Quebec, se considerará que usted participa en el plan del gobierno de Quebec;
- ✓ los gastos efectuados con fines estéticos, o en ocasión de una intervención quirúrgica, un tratamiento de carácter experimental, o con fines que no sean curativos;
- ✓ los gastos efectuados para una serie de tratamientos dentales que hayan comenzado antes del inicio del seguro de la persona cubierta, incluidos los gastos solicitados para una corona y una prótesis completa o parcial;
- ✓ los gastos efectuados como resultado de su participación activa en un acto delictivo, una afrenta pública, un motín o insurgencia;
- ✓ los gastos efectuados en el exterior de Canadá, a menos que se trate de una emergencia;
- ✓ todo servicio o tratamiento relacionado con la reconstrucción de la oclusión o la articulación temporomandibular;
- ✓ la implantología y sus servicios;
- ✓ si existe más de un método reconocido de tratamiento para obtener un resultado clínico adecuado, los gastos admisibles se determinan de acuerdo al costo del tratamiento menos caro;
- ✓ los gastos efectuados por análisis de la dieta y programas de control de la placa dental;

- ✓ los gastos efectuados por tratamientos odontológicos o de ortodoncia que no sean brindados por un profesional de la salud dental autorizado.

Primera prótesis

Si la extracción de uno o más dientes naturales tuvo lugar mientras usted no estaba cubierto por un plan de atención odontológica, los gastos por una prótesis removible, completa o parcial, o un puente fijo son admisibles mientras haya estado cubierto por el plan por al menos doce (12) meses. En ese caso, se tendrá en cuenta solo el 50 % de los gastos admisibles.

Prótesis siguientes

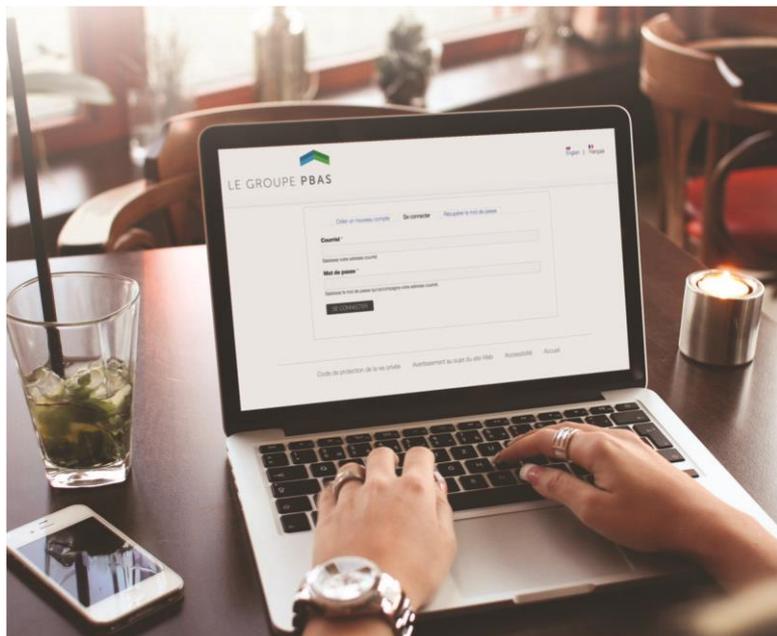
Los gastos de reemplazo de una prótesis removible, completa o parcial, una corona, una incrustación, una carilla o un puente fijo son admisibles si se trata de la primera vez que solicita un reembolso del plan o si han transcurrido sesenta (60) meses o más desde el reembolso por el plan de los últimos gastos similares o luego de un acto quirúrgico que inutilice la prótesis.

Prótesis de reemplazo de una prótesis provisoria

Los gastos de una prótesis fija o removible permanente en reemplazo de una prótesis fija o removible de transición son admisibles solo si este reemplazo se lleva a cabo dentro de un período específico de tres (3) a doce (12) meses de la colocación de la prótesis de transición.

Prótesis equilibrada o estándar

Los gastos de una prótesis completa equilibrada o de una prótesis parcial equilibrada son admisibles hasta alcanzar el costo de una prótesis equivalente estándar.



Servicios en línea

Nuestro sitio web ha sido diseñado para funcionar en todas las plataformas y todos los dispositivos móviles. Una vez que se haya registrado, tendrá acceso a las siguientes funcionalidades:

- ✓ presentar solicitudes en línea;
- ✓ ver el historial de sus solicitudes y sus resúmenes explicativos de reembolsos;
- ✓ consultar el saldo de sus beneficios;
- ✓ revisar y actualizar sus datos personales;
- ✓ registrarse para pago automático y actualizar sus datos bancarios;
- ✓ ver e imprimir el folleto y la descripción general del plan.

Para más información, visite nuestro sitio web

<https://monpbas.pbas.ca>

Solicitud de beneficios e inscripción en los servicios en línea

Formulario proporcionado por el consultorio odontológico

Su dentista o protesista debe completar un formulario de solicitud de pago para cada tratamiento. Tenga en cuenta que los gastos solo se reembolsan una vez que se completa el tratamiento, a excepción de los gastos efectuados por tratamientos de ortodoncia. En ese caso, los gastos se reembolsan periódicamente durante todo el tratamiento previa presentación de los comprobantes.

Puede obtener un formulario de solicitud de pago pidiéndoselo a su dentista, a su empleador o al Administrador del plan, o buscarlo en el sitio web de su sindicato o en línea en <https://monpbas.pbas.ca> en la pestaña centro de descargas.

Presentar una solicitud en línea

La presentación en línea es una forma rápida y conveniente de presentar sus solicitudes de reembolso. En primer lugar, debe registrarse en el sitio web. Asegúrese de firmar y de proporcionar los datos del empleado y el paciente en el formulario de solicitud de pago. Luego, complete los campos obligatorios y cargue las imágenes de su formulario. Al enviar su solicitud electrónicamente, evita las demoras relacionadas con el envío por correo.

Si presenta solicitudes en línea, debe conservar sus recibos originales y los formularios de solicitud durante doce (12) meses, ya que el Administrador del Plan puede solicitarlos en cualquier momento para su verificación.

También puede enviar sus solicitudes por correo. Recuerde completar cada sección del formulario de solicitud de pago.

Pago automático (depósito directo)

Después de registrarse como miembro en <https://monpbas.pbas.ca>, podrá registrarse para el pago automático completando el formulario provisto para este fin que se encuentra en la pestaña depósito directo.

Para facilitar su registro para el pago automático, tenga a mano un modelo de cheque o un formulario de pago automático que puede obtener de su

institución financiera al registrarse. Estos documentos proporcionan toda la información necesaria para implementar el pago automático. Sus pagos pueden depositarse en una cuenta corriente o una caja de ahorros.

Podrá cambiar sus datos bancarios en cualquier momento mediante una actualización en la pestaña de depósito directo. Para eliminar sus datos bancarios, debe enviar una solicitud por correo electrónico al Administrador del Plan. El procesamiento de su solicitud puede demorar algunos días; tenga esto en cuenta si cambia o elimina sus datos bancarios.

Recibirá un resumen explicativo del reembolso por correo electrónico antes de que el dinero se deposite en su cuenta bancaria. Según los plazos normales de compensación bancaria, su pago debería estar depositado dentro de dos (2) a tres (3) días hábiles.

Es importante señalar que usted es responsable de las informaciones personales y bancarias transmitidas al Administrador del Plan.

Histórico de solicitudes

El historial de las solicitudes se encuentra disponible en el sitio web y se actualiza diariamente para que usted siempre pueda tener información actualizada sobre las solicitudes que haya presentado.

Tiene la opción de imprimir o descargar el resumen explicativo del reembolso de cada solicitud que haya presentado. Ese documento especifica los detalles de las solicitudes y los reembolsos realizados por su plan. Estas informaciones son útiles si tiene que presentarlas a otro plan de seguro o para sus declaraciones de ganancias.

Saldo de beneficios

Una vez que se haya registrado en los servicios en línea, podrá ver el saldo de sus beneficios en <https://monpbas.pbas.ca>.

Plazo para presentar una solicitud

Las solicitudes deben presentarse al Administrador del Plan dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha en que se incurrió en los gastos.

Pago a mi proveedor

Su plan permite ceder sus reembolsos a su dentista o protesista. Es importante obtener el consentimiento de este último para que acepte que el plan le pague el reembolso al que usted tiene derecho, ya que usted será responsable de pagarle las cantidades no reembolsadas por el plan.

Participación en más de un plan (coordinación de beneficios)

Por su calidad de miembro, este plan es el primer pagador para usted. Para su cónyuge, este plan es el segundo pagador si esa persona tiene su propio plan de seguro.

Si se trata de una solicitud por hijos a cargo, las solicitudes se presentan primero al plan del padre cuya fecha de nacimiento (mes y día) se produzca antes en el año calendario, sin tener en cuenta la edad.

Una vez que haya obtenido el reembolso del primer pagador, usted deberá presentar los recibos, el formulario de solicitud de pago y el resumen explicativo del reembolso al otro plan de seguro para que el saldo sea considerado para el reembolso.

Si presenta solicitudes en línea, deberá conservar todos los documentos originales durante doce (12) meses, ya que el Administrador del Plan puede solicitarlos en cualquier momento para su verificación.

Verificación de la admisibilidad antes de los tratamientos

Como miembro, usted es responsable de verificar su admisibilidad para las coberturas del plan antes de proceder a un tratamiento. No se reembolsará ninguna suma si su cobertura no está en vigor en el momento del tratamiento. Para hacerlo, debe comunicarse con el Administrador del Plan.

El Comité de Fiduciarios responsables de la administración de la caja de atención odontológica de miembros de la TUAC de Quebec está compuesto por diez (10) Fiduciarios, cinco (5) de los cuales representan a las secciones locales de la TUAC y cinco (5) representan a los siguientes empleadores:

ISFPE[IMQMX'I



Metro Richelieu Inc.



Sobeys ~~GETWED~~Inc.

Olymel, S.E.C./Lp.



CANADA



ISIWEREHE



89&(6Y'FIG



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES
DES TUAC DU QUÉBEC



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DES MEMBRES
DES TUAC DU QUÉBEC

Administrador del Plan: Tel.: 514 856-1779

El Grupo PBAS 1 800 361-6915

1200, boul. Crémazie Est, Bureau 200

Montréal (Québec) H2P

0A3<https://monpbas.pbas.ca>

dentaire@pbas.ca