



Détails des protections couvertes

SOINS DENTAIRES

Pourcentage de remboursement

PRESTATION – 50 %

Maximum annuel par personne assurée

PRESTATION – 400 \$ par année d'indemnisation.

Le remboursement du régime est basé sur deux composantes

- 1) Les services dentaires couverts sous la liste des soins dentaires d'AFBS; et
- 2) le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire de la province où les services sont fournis.

Le remboursement de services dentaires fournis hors du Canada est versé selon le guide des honoraires de l'association dentaire de l'Ontario.

SERVICES DE BASE	LIMITE DE COUVERTURE
Examen complet et série complète de radiographie ou de clichés panoramiques	Une fois par trois années d'indemnisation ou si un nouveau dentiste est impliqué dans les soins dentaires de la personne assurée.
Examen de rappel par un dentiste	Une fois par neuf mois.
Application topique de tout agent anticancérogène (p. ex. fluorure stanneux) ou polissage des dents	Une fois par neuf mois.
Diagnostics de routine et procédures de laboratoire	Les frais de laboratoire sont limités à un maximum de 50 % du coût total des procédures dentaires.
Prophylaxie, incluant détartrage en profondeur	10 unités par année d'indemnisation. Une autorisation préalable du consultant dentaire d'AFBS est nécessaire pour toute unité additionnelle.
Radiographies interproximales	Une fois par année d'indemnisation.
Éducation sur l'hygiène buccale	Une fois à vie.
Obturations (amalgame, silicate, acrylique et composite), tiges de rétention et scellants de puits et de fissures	
Appareils de maintien	
Thérapie radiculaire, amputation radiculaire, apexification (fin de la racine) et traitements périopicaux (entourant le bas de la racine d'une dent)	
Procédures de chirurgie buccale incluant ablation de dents	

Détails des protections couvertes

SOINS DENTAIRES

SOINS PARODONTAUX , D'ENDODONTIE ET RESTAURATIONS MAJEURES	LIMITE DE COUVERTURE
Parodontie—traitement des affections des gencives et d'autres tissus de soutien des dents (excluant stabilisation), incluant chirurgie et traitement après chirurgie et appareils)	Les traitements parodontaux sont limités à un par arc pour 24 mois.
Anesthésie générale et radiographies	Les radiographies sont limitées à trois par année d'indemnisation. L'anesthésie générale est indemnisée conjointement avec les procédures buccales et chirurgicales admissibles.
Couronnes, incrustations et onlays	Seulement lorsque la fonction est diminuée par un dommage des cuspidés ou de l'angle incisif causé par un traumatisme ou une carie.
Remplacements de couronnes, d'incrustations et onlays	Une fois par cinq années d'indemnisation.
Implants	Le remboursement peut être limité à celui de l'autre traitement généralement accepté et les frais ne peuvent être étalés sur plusieurs années d'indemnisation.
Première prestation d'appareils fixes	
Remplacements d'appareils fixes ou ajout de dents à un appareil fixe	Lorsque le remplacement ou l'ajout est causé par l'une des situations suivantes : 1. Une dent naturelle est extraite et l'appareil existant ne peut être réparé convenablement. 2. L'appareil existant a au moins cinq ans et ne peut être réparé convenablement. 3. L'appareil existant a été posé provisoirement et le pont permanent qui le remplace est posé dans un délai de 12 mois de la mise en bouche du temporaire. Le montant total payable pour le temporaire et le permanent est le montant qui serait alloué pour un pont permanent.
Première prestation de prothèses amovibles partielles ou complètes	
Réparation de couronnes, d'onlays, d'incrustations, d'appareils fixes et de prothèses ou rebasage superficiel ou complet des prothèses	
Remplacements de prothèses amovibles	Lorsque la prothèse est nécessaire à cause d'une des situations suivantes : 1. Une dent naturelle est extraite et l'appareil existant ne peut être réparé convenablement. 2. L'appareil existant date d'au moins cinq ans et ne peut être utilisé. 3. La prothèse avait été posée provisoirement et une prothèse permanente sera posée dans les 12 mois de la mise en bouche de la temporaire. Le montant total payable pour la prothèse temporaire et la permanente est le montant qui serait autorisé pour une prothèse permanente.
Ajout de dents à une prothèse partielle existante ou à un appareil fixe déjà enlevé	Lorsque requis pour remplacer une ou plusieurs dents.
Procédure impliquant l'usage de l'or	Seulement lorsqu'aucune autre solution cohérente avec la pratique dentaire généralement acceptée n'est disponible.

Sommaire de la police Régime standard

Détails des protections couvertes

SOINS DENTAIRES

PRÉDÉTERMINATION	LIMITE DE COUVERTURE
Certaines dépenses exigent une prédétermination.	<p>Si votre dentiste recommande un traitement dentaire qui coûtera plus de 500 \$ ou qui inclut des procédures comme couronnes, ponts, facettes prothétiques, implants, incrustations et onlays, le travail proposé sera révisé par un consultant dentaire d'AFBS avant que le remboursement soit effectué. Si la prédétermination est faite avant que le traitement dentaire soit commencé, vous obtiendrez une confirmation du montant qui sera remboursé par AFBS. Votre dentiste connaît le processus de prédétermination et doit fournir à AFBS des renseignements explicites sur le travail proposé, ainsi que les radiographies, les moules ou matrices.</p> <p>Veillez aviser le bureau de votre dentiste que la prédétermination DOIT être envoyée à AFBS. Les prédéterminations envoyées ailleurs, dont SécurIndemnité, ne peuvent joindre AFBS et retarderont le règlement de demande d'indemnité.</p> <p>Une prédétermination n'est pas exigée si le traitement est la conséquence d'une urgence. Si le traitement d'urgence est une couronne ou un pont, vous devez soumettre les radiographies avec votre demande d'indemnité. La prédétermination n'est pas nécessaire pour une couronne si un traitement radiculaire a été effectué sur la dent, cependant le dentiste doit l'indiquer sur le formulaire de demande d'indemnité.</p>

FRAIS DENTAIRES QUI – NE SONT PAS COUVERTS

- Dentisterie esthétique incluant le blanchiment des dents.
- Remplacement de prothèses perdues, volées ou égarées.
- Prothèses commandées avant d'être assuré.
- Prothèses commandées durant la couverture, mais posées plus de 60 jours après que la personne assurée n'est plus couverte sous le programme.
- Frais chargés par un dentiste en excédent au guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire de la province où réside la personne assurée.
- Frais chargés par un dentiste pour remplir un formulaire de demande d'indemnité, pour rendez-vous manqués ou pour des radiographies et moules requis pour prédétermination.