



COMPAGNIE DES CHEMINS DE FER NATIONAUX DU CANADA

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

DES

**PRÉPOSÉS À L'ENTRETIEN DES VOIES
REPRÉSENTÉS PAR LE**

**SYNDICAT DES MÉTALLOS UNIS
SECTION LOCAL 2004 (MU)**

En vigueur de 2019 à 2023

AVANT-PROPOS

Le présent document décrit le **Régime des soins dentaires instauré à l'intention du personnel représenté par le syndicat des métallos unis, section local 2004 (MU) et des personnes à leur charge**, à la suite des négociations entre le CN et votre syndicat.

La Compagnie paie actuellement la totalité du coût du régime, qui couvre une vaste gamme de soins de base et de soins de restauration majeure et qu'administre la Sun Life.

Vous trouverez ci-après les principales caractéristiques du régime. Bien que l'on ait accordé une importance particulière à l'exactitude des renseignements que renferme le présent document, c'est la police **numéro 025725** qui fait autorité. Par ailleurs, le régime entend être conforme à toutes les lois fédérales et provinciales en vigueur. En cas de divergence, ce sont ces dernières qui font autorité.

Veillez lire la présente brochure et la conserver. Le groupe d'Administration des avantages sociaux vous donnera des précisions au besoin. Vous pouvez le joindre au 1 800-363-6060 et suivez les instructions.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
ADMISSIBILITÉ	1
Personnes à charge admissibles	1
DISPOSITIONS DU RÉGIME.....	2
Franchise.....	2
Remboursement prévu par la garantie.....	3
Prestations maximales.....	3
FRAIS COUVERTS	4
Soins de base.....	4
Soins de restauration majeure	5
PLAN DE TRAITEMENT POUR LES FRAIS DE PLUS DE 400 \$	6
FRAIS NON COUVERTS.....	6
COORDINATION DES PRESTATIONS	7
CESSATION DE LA GARANTIE.....	7
MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA GARANTIE.....	8
RÉTABLISSEMENT DE LA GARANTIE.....	9
PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT	9
BUREAUX DES RÈGLEMENTS DE LA SUN LIFE	10
LITIGES	10
CHEMIN DE FER ET SYNDICAT SIGNATAIRES	10

ADMISSIBILITÉ

Vous et les personnes à votre charge admissibles êtes couverts à compter du premier jour suivant votre embauche.

Une fois acquise votre admissibilité au régime, vous continuez de bénéficier de la garantie prévue pendant chaque mois où vous effectuez du service rémunéré, et ce jusqu'à la cessation de la garantie dans les circonstances énoncées à la section intitulée *Cessation de la garantie* du présent document.

Une fois admissible, vous bénéficiez automatiquement du régime.

Personnes à charge admissibles

Sont considérées comme personnes à charge admissibles :

- votre conjoint ou conjointe (en cas de séparation, votre conjoint ou conjointe doit être à votre charge pour être réputé(e) admissible) ;
- vos enfants qui ne sont pas mariés (dont les enfants de votre conjoint ou conjointe ainsi que les enfants d'un mariage antérieur si vous divorcez ou vous vous remariez), qui sont à votre charge financièrement et qui sont :
 - âgés de moins de 21 ans et demeurent avec vous ou votre conjoint ou conjointe admissible (ou dont vous avez la garde partagée) ;
 - âgés de moins de 25 ans (moins de 26 ans s'ils résident au Québec) et s'ils fréquentent à temps plein une université ou un collège reconnu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Les enfants qui travaillent moins de 15 heures par semaine sont également considérés comme entièrement à votre charge financièrement;
 - devenus handicapés avant l'âge de 21 ans, et qui :
 - sont incapables de subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité physique ou intellectuelle,
 - dépendent de vous financièrement; et
 - ne sont pas mariés.

NOTA 1 : Le mot «conjoint» ou «conjointe» désigne :

- i) la personne qui est légalement mariée au membre du personnel et habite avec lui ou pour laquelle ce dernier assure des moyens de subsistance ; ou
- ii) en l'absence de conjoint ou conjointe admissible légalement marié, la personne qui habite avec le membre du personnel depuis au moins un an (ou avant si un enfant est issu de leur union), à condition que cette personne et le membre du personnel soient libres de se marier ; ou
- iii) la personne qui habite avec le membre du personnel depuis au moins trois ans (ou avant si un enfant est issu de leur union) et qui, en raison de son mariage précédent ou de celui du membre du personnel, ne peut l'épouser.

NOTA 2 : Une personne couverte par le régime à titre de membre du personnel ne peut être considérée comme personne à charge admissible à moins que celui-ci ou celle-ci n'a plus sa propre couverture.

DISPOSITIONS DU RÉGIME

Le régime vous procure, à vous et à votre famille, une aide financière pour tout traitement dentaire nécessaire qui n'est pas couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province. Il prévoit ainsi le remboursement des honoraires pour les soins dispensés par un dentiste, un médecin ou toute autre personne autorisée qui travaille sous la surveillance directe d'un médecin ou d'un dentiste (par exemple, les assistants ou les hygiénistes dentaires). Le régime couvre aussi les soins dispensés par les spécialistes, mécaniciens-dentistes, denturologistes, denturistes et prothésistes dentaires, qui sont autorisés par la loi à les dispenser au public. Si aucun barème n'est publié pour ces praticiens, ce sont les tarifs habituels utilisés par les assureurs qui s'appliquent.

Franchise

Vous pouvez prétendre au remboursement des frais remboursables en vertu du régime, une fois que vous avez payé une franchise annuelle de 40 \$ par famille.

La franchise est le montant à payer chaque année et déduit des frais remboursables en vertu du régime.

Remboursement prévu par la garantie

Le régime rembourse 100 % des frais relatifs aux soins dentaires de base, et 50 % des frais relatifs aux soins de restauration majeure et de prosthodontie.

Prestations maximales

Le maximum annuel combiné par personne qui peut être remboursé pour les soins de base et les soins de restauration majeure seront les suivants :

A compter du 1 ^{er} mars 2019	1 875 \$
A compter du 1 ^{er} janvier 2020	1 925 \$
A compter du 1 ^{er} janvier 2021	1 950 \$
A compter du 1 ^{er} janvier 2022	1 975 \$
A compter du 1 ^{er} janvier 2023	2 000 \$

Si vous êtes admis au régime le 1^{er} juillet ou ultérieurement dans l'année, le montant remboursable jusqu'à la fin de l'année en cours s'élèvera à 937,50 \$ pour l'année 2019, 962,50 \$ pour l'année 2020, 975 \$ pour l'année 2021, 987,50 \$ pour l'année 2022 et 1000 \$ pour l'année 2023.

Le barème provincial des honoraires est utilisé pour déterminer le montant des frais qui vous sont remboursés comme suit :

À compter du 1 ^{er} mars 2019 :	le barème provincial de 2019 s'appliquera.
À compter du 1 ^{er} janvier 2020 :	le barème provincial de 2020 s'appliquera.
À compter du 1 ^{er} janvier 2021 :	le barème provincial de 2021 s'appliquera.
À compter du 1 ^{er} janvier 2022 :	le barème provincial de 2022 s'appliquera.
À compter du 1 ^{er} janvier 2023 :	le barème provincial de 2023 s'appliquera.

Si aucun barème n'est publié pour une province, ce sont les tarifs habituels utilisés par les assureurs qui s'appliquent.

Si vous ou des personnes à votre charge admissibles recevez un traitement hors du Canada, le remboursement est basé sur le barème des honoraires applicable en vertu du présent régime.

FRAIS COUVERTS

Les remboursements sont assujettis à l'application de la franchise annuelle et des prestations maximales. Dans le cas où il existe plusieurs méthodes reconnues de dispenser les soins voulus, le prix remboursé est celui de la méthode la moins chère.

Soins de base

(Remboursement à 100 %)

- Les examens de la bouche, nettoyage et détartrage des dents, application de fluorure et radiographies par pellicule inter proximale, UNE FOIS TOUS LES 9 MOIS.
- Radiographies systématiques de toute la bouche, UNE FOIS TOUS LES 24 MOIS.
- Extractions et alvéolectomies (corps osseux), au moment de l'extraction des dents.
- Chirurgie dentaire.
- Anesthésie générale, radiodiagnostic et tests en laboratoire indispensables en cas de chirurgie dentaire.
- Restauration en amalgame, en silicate, en résine acrylique et en composite.
- Soins nécessaires pour le soulagement de la douleur.
- Médicaments administrés sous forme d'injections chez votre dentiste.
- Appareils de maintien destinés à conserver les espacements laissés par les dents de lait manquantes et appareils de contrôle des habitudes buccales.
- Consultations demandées par le dentiste traitant.
- Ablations chirurgicales demandées par le dentiste traitant.
- Ablations chirurgicales de tumeurs, de kystes et de néoplasmes.
- Incisions et drainages d'abcès.

- Résines de scellement pour puits et fissures.

Traitements endodontiques et périodontiques

(Remboursement à 80%)

- Traitements périodontiques (gencives et tissu osseux entourant les dents.)
- Traitements endodontiques (y compris les traitements de canal).

Soins de restauration majeure

(Remboursement à 50 %)

- Couronnes et réparations de couronnes.
- Incrustations en surface et incrustations en profondeur.
- Mise en place d'une prothèse initiale (par exemple, restauration par pont fixe, prothèses amovibles partielles ou complètes).
- Remplacement d'un pont fixe existant, d'une prothèse amovible partielle ou complète dans les cas suivants :
 - a) impossibilité de réparer l'ancien pont ou l'ancienne prothèse qui date d'au moins cinq ans ;
 - b) remplacement d'un appareil mis en place temporairement après la prise d'effet de votre garantie. Dans ce cas, le remplacement est considéré comme permanent ;
 - c) remplacement d'une prothèse initiale antagoniste mise en place après la prise d'effet de la garantie ;
 - d) à la suite d'une blessure accidentelle subie après la prise d'effet de la garantie ;
 - e) extraction d'autres dents après la prise d'effet de la garantie. Si la prothèse existante peut être utilisée, seuls sont remboursés les frais pour la partie de la nouvelle prothèse qui remplace les dents extraites.
- Réparation de prothèses existantes, y compris le regarnissage et le rebasage.

- Traitement nécessitant l'usage de l'or lorsque l'utilisation d'un métal moins cher, communément accepté par les professionnels de l'art dentaire, ne serait pas moins coûteuse. Dans les cas où il aurait été possible d'utiliser un produit de substitution moins cher, seuls sont remboursés les frais liés à l'utilisation de ce dernier.
- Soins orthodontiques (bagues et appareils correctifs) prodigués au membre du personnel ou aux personnes à sa charge. Le régime rembourse 50 % des frais de traitement, jusqu'à concurrence de 750 \$ à vie par personne assurée (à compter du 1^{er} mars 2019).

PLAN DE TRAITEMENT POUR LES FRAIS DE PLUS DE 400 \$

Vous devez présenter un plan de traitement pour les soins dentaires dont l'ensemble des coûts doit dépasser 400 \$ afin que vous et votre dentiste sachiez à l'avance le montant du remboursement prévu par le Régime de soins dentaires.

Le plan indique le traitement proposé et son coût. Le dentiste remplit généralement la demande de règlement standard en indiquant les soins à dispenser et, s'il y a lieu, les frais relatifs aux radiographies et aux tests de laboratoire, et l'envoi à la Sun Life qui fixe le montant à rembourser. Vous trouverez la liste des bureaux de la Sun Life à la section intitulée *Bureaux des règlements de la Sun Life* de la présente brochure.

FRAIS NON COUVERTS

Les frais dentaires ci-dessous ne sont pas couverts en vertu du régime :

- Traitements de nature esthétique, établissement d'un régime alimentaire, contrôle de la plaque dentaire, conseils d'hygiène bucco-dentaire, traitement de malformations congénitales ou liées à la croissance.
- Coût de remplacement d'une prothèse perdue, égarée ou volée.
- Honoraires pour des rendez-vous non respectés ou l'établissement de demandes de règlement exigées par la Sun Life.
- Soins dispensés par un service de soins dentaires ou de santé offert par le CN, un syndicat, une société mutuelle ou tout autre organisme analogue.
- Soins dispensés gratuitement ou couverts par le gouvernement, ou pour lesquels tout gouvernement interdit une indemnisation.

- Soins dentaires nécessaires à la suite d'automutilations volontaires ou de blessures occasionnées par la guerre ou par la participation à une émeute ou à une insurrection.
- Soins et matériel nécessaire à la reconstitution de la dentition, à la correction de la dimension verticale ou à la correction de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Soins dentaires non encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont de caractère purement expérimental.
- Soins nécessaires à la suite d'une blessure subie dans l'exercice d'une activité rémunérée ou lucrative ailleurs qu'au CN.
- Soins nécessaires à la suite d'une blessure subie par une personne à charge admissible dans l'exercice d'une activité rémunérée ou lucrative.
- Toute portion des frais dentaires couverts par l'organisme d'indemnisation des accidents du travail ou tout autre organisme similaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si vous et votre conjoint ou conjointe bénéficiez de la garantie de plus d'un régime de soins dentaires, vos indemnités seront coordonnées avec l'autre plan et ne doit pas excéder 100% des frais engagés. La coordination des prestations est faite de la façon suivante :

- Les frais engagés par votre conjoint ou conjointe sont d'abord remboursés par son régime. S'il en reste, ils sont remboursés par le *Régime de soins dentaires* du CN.
- Les frais engagés pour les enfants admissibles sont d'abord remboursés par le régime auquel participe le parent dont l'anniversaire survient le plus tôt dans l'année.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie dont vous et les personnes à votre charge bénéficiez en vertu du Régime de soins dentaires prend fin en cas de:

1. **démission ou de renvoi**, à la date de votre cessation d'emploi ;
2. **départ à la retraite**, à la fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite conformément au régime de retraite ;

3. **congé**, le dernier jour de travail (sauf indication contraire à la section intitulée *Maintien en vigueur de la garantie*) ;
4. **mise à pied, de grève, de lock-out ou de décès**, le dernier jour de travail.

La garantie d'une personne à charge prend fin à la date de cessation de votre garantie (sauf en cas de décès, à la fin du mois où vous décédez) ou à la date où cette personne ne satisfait plus aux critères d'admissibilité énoncés à la section intitulée *Admissibilité* du présent document.

Si vous quittez une unité de négociation couverte par le présent régime et êtes l'objet d'une mutation, au sein de la Compagnie, à un autre poste auquel le régime ne s'applique pas, votre garantie prend fin le dernier jour du mois où vous cessez de travailler dans l'unité de négociation.

MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

1. Dans le cas d'un congé pour invalidité couvert par un organisme d'indemnisation des accidents du travail, votre garantie est maintenue, par le CN, sans frais pour vous, pendant toute la période où vous touchez des indemnités de l'organisme susmentionné et recevez des soins et un traitement de réadaptation aux frais de cet organisme, jusqu'à ce que vous atteignez l'âge de 65 ans.
2. Dans le cas d'un congé pour cause d'invalidité, de maladie ou de blessure non couvert par un organisme d'indemnisation des accidents du travail, la garantie est maintenue en vigueur, par le CN, sans frais pour vous, pour la durée du congé à partir de la fin du mois au cours duquel le congé débute, à condition que vous touchiez des prestations d'invalidité de courte durée ou des prestations d'assurance-emploi en cas de maladie.
3. En cas de congé de maternité, de congé parental ou de congé pour compassion, votre garantie est maintenue en vigueur pendant toute la durée du congé.
4. Pendant la fermeture annuelle des ateliers principaux en raison des congés annuels, la garantie du personnel admissible involontairement mis à pied est maintenue relativement aux soins dentaires urgents.

En cas de mise à pied, de grève, de lock-out ou de retraite (et pour les personnes à charge, en cas de décès), les frais engagés pour des couronnes, un pont ou une prothèse pour lesquels une empreinte a été faite et la ou les dents ont été préparées avant la fin de votre garantie, et dont la mise en place a lieu dans les 30 jours civils suivant la fin de votre garantie, sont considérés comme des frais couverts.

RÉTABLISSEMENT DE LA GARANTIE

Votre garantie est automatiquement rétablie à partir de la date de votre retour au travail à la suite d'une mise à pied, d'un congé autorisé, d'une grève, d'un lock-out ou d'un renvoi.

PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Marche à suivre pour faire une demande de règlement de frais dentaires :

1. Procurez-vous une demande de règlement dans le portail électronique du CN. Vous pouvez aussi utiliser la demande de règlement standard de votre dentiste à condition d'y annexer la demande de règlement du CN après en avoir rempli la 2^e partie.
2. Demandez à votre dentiste de remplir la première partie et toutes les sections applicables.
3. Faites parvenir la demande dûment remplie et signée au bureau de la Sun Life le plus rapproché de votre lieu officiel de résidence. Les adresses des bureaux de la Sun Life se trouvent sur la demande de règlement ainsi que dans la section intitulée *Bureaux des règlements de la Sun Life* du présent document.
4. Votre dentiste peut aussi envoyer votre demande de règlement par voie électronique en indiquant le numéro de police 025725

NOTA : Sun Life **DOIT** recevoir demande de règlement au plus tard 90 jours après la fin de l'année civile au cours de laquelle vous avez engagé les frais.

Le bureau de la Sun Life fait parvenir le règlement à votre dentiste ou à vous-même selon l'entente que vous avez conclue avec votre dentiste (voir la première partie de la demande de règlement).

Vous pouvez présenter une demande de règlement aussi souvent que vous engagez des frais de soins dentaires couverts par le présent régime. Vous devez alors utiliser un formulaire distinct pour chaque personne traitée. Il est préférable de remplir et d'envoyer une demande de règlement même si le montant de vos premiers frais est inférieur à la franchise de 40 \$.

Lorsque vous vous renseignez sur une demande de règlement de frais dentaires auprès de la Sun Life, donnez toujours le numéro de police 025725 ainsi que votre numéro de participant(e) (le chiffre 1 suivi de votre matricule).

BUREAUX DES RÈGLEMENTS DE LA SUN LIFE

Sun Life du Canada
C.P. 11658, Station CV
Montréal, Québec
H3C 6C1
Sans frais: 1-800-361-6212

Sun Life du Canada
C.P. 2010, Station Waterloo
Waterloo, Ontario
N2J 0A6
Sans frais: 1-800-361-6212

LITIGES

Vous devez remplir les demandes de règlement et fournir la preuve des frais dentaires selon les exigences de la Sun Life.

Si une demande de règlement vous est entièrement ou partiellement refusée, on vous communiquera par écrit les motifs du rejet et des précisions sur les documents complémentaires requis à l'appui de votre demande.

Vous disposez de 60 jours civils à partir de la date du refus pour le contester.

Si l'objet du refus concerne l'acte dentaire ou la technique utilisée, demandez à votre dentiste de vous fournir les renseignements et les documents nécessaires en pareil cas et faites-les parvenir au bureau des règlements de la Sun Life.

Si l'objet du refus est l'admissibilité à l'assurance, veuillez communiquer avec le groupe d'Administration des avantages sociaux au numéro 1 800 363-6060, et suivez les instructions. S'ils ne peuvent résoudre la question dans un délai de 60 jours, vous pouvez demander que la Compagnie et les dirigeants syndicaux soumettent votre cas au Comité administratif des avantages sociaux du CN pour étude.

CHEMIN DE FER ET SYNDICAT SIGNATAIRES

Chemin de fer signataire

Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada

Syndicat signataire

Syndicat des Métallos Unis, Section local 2004 (MU)