



Ligne directrice LD4 COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente ligne directrice a été approuvée par le Conseil d'administration de l'ACCAP. Les sociétés membres sont priées de soumettre la ligne directrice à leur conseil d'administration ou au comité du conseil d'administration responsable du programme de conformité de la société en vue de l'incorporer à ce programme.

Adoptée le 28 novembre 2008, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

Exemples de coordination des prestations se rapportant à la ligne directrice LD4-A de l'ACCAP



Ligne directrice LD4 COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente ligne directrice a été approuvée par le Conseil d'administration de l'ACCAP. Elle constitue une norme minimale à laquelle toutes les sociétés membres doivent se conformer. Cependant, il n'est pas contraire à la ligne directrice de surpasser la norme établie. Les sociétés sont priées de soumettre la ligne directrice à leur conseil d'administration ou au comité du conseil d'administration responsable du programme de conformité de la société, en vue de l'incorporer à ce programme.

INTRODUCTION

La ligne directrice sur la coordination des prestations (CDP) vise le traitement uniforme dans toute l'industrie des demandes de règlement pouvant être présentées au titre de plus d'un régime collectif. Elle se divise en deux parties : la partie A traite des prestations d'assurance maladie et d'assurance dentaire collectives, et la partie B porte sur les prestations pour les frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province.

PARTIE A – PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE DENTAIRE COLLECTIVES

1. OBJECTIF

L'ACCAP a élaboré la présente ligne directrice que suivra l'industrie des assurances maladie et dentaire afin de déterminer, de façon uniforme, l'ordre dans lequel les prestations seront versées ainsi que le montant minimal payable par chaque régime collectif lorsqu'une personne peut présenter des demandes de règlement au titre de plus d'un régime. La ligne directrice décrit l'ordre de détermination des prestations et la façon de coordonner les prestations d'assurance maladie ou d'assurance dentaire payables au titre de tous les régimes collectifs couvrant l'assuré.

Le total des sommes réglées aux termes de tous les régimes collectifs pour un élément donné ne peut excéder 100 % des frais admissibles d'assurance maladie ou d'assurance dentaire. Dans certains cas, le total des sommes réglées par l'ensemble des régimes collectifs pour un élément peut être inférieur aux frais engagés.

Est traitée à la Partie B de la présente ligne directrice la coordination des prestations entre un régime collectif d'assurance maladie et d'assurance dentaire et une assurance voyage ou une assurance couvrant les soins engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province, ou entre deux ou plusieurs assurances voyage ou assurances couvrant les soins engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente ligne directrice, on entend par

« arrangement visant la garde des enfants », la garde exclusive ou la garde conjointe telles que décrites ici :

« **garde exclusive** » : arrangement selon lequel un seul parent a la garde physique et légale de l'enfant – garde physique signifie que l'enfant habite avec le parent.

« **garde conjointe** » : tout arrangement autre que la garde exclusive.

« **assurance automobile** », l'assurance automobile que doivent obligatoirement détenir les conducteurs dans toutes les provinces. Elle peut être offerte aux termes d'un régime mis à la disposition du public par le gouvernement provincial, mais elle n'est pas pour autant considérée comme un régime ou programme d'assurance maladie d'État (tel que défini ci-dessous) vu qu'elle est souscrite sur une base individuelle.

La législation provinciale précise si le régime d'assurance automobile est le premier ou le deuxième payeur par rapport à un régime collectif. Lorsque l'assurance automobile est le premier payeur, les prestations peuvent être intégrées, si la loi le permet. (Voir « Intégration »)

« **assurance scolaire en cas d'accident** », une assurance couvrant les accidents seulement à l'intention des élèves fréquentant un établissement d'enseignement précis. Offerte sur une base collective, cette assurance est néanmoins souscrite et payée sur une base individuelle. Elle peut être facultative ou obligatoire. Dans le cadre de la présente ligne directrice, l'assurance scolaire en cas d'accident est toujours le deuxième payeur par rapport à un régime collectif.

« **assurance voyage** », une assurance collective ou individuelle offerte spécifiquement aux voyageurs et qui couvre les pertes pouvant survenir au cours d'un voyage ou découler de l'annulation d'un voyage ou des dispositions de voyage. L'assurance voyage peut couvrir les frais hospitaliers/médicaux d'urgence engagés pendant un voyage, l'annulation de voyage et la perte de bagages.

« **calcul proportionnel** », une méthode de calcul équitable de la part de responsabilité de chacun des régimes collectifs (deux ou plus) lorsque la CDP telle que décrite au point 3 (i à iv) est impossible. À cette fin, il faut calculer la responsabilité contractuelle de chaque régime collectif comme s'il était le seul régime en cause. Si le total des prestations disponibles au titre des deux régimes collectifs est supérieur aux frais admissibles, chacun paie une part proportionnelle de ces frais. La part de chaque régime collectif est calculée en fonction du ratio de la responsabilité du régime collectif s'il avait été le premier payeur au montant total payable par les deux régimes. (Voir l'exemple de calcul proportionnel à la page 8.)

« **compte de crédits-santé (CC-S)** », un arrangement selon lequel le promoteur de régime alloue des crédits au compte du participant, crédits que ce dernier peut utiliser à sa discrétion pour régler des frais médicaux et/ou dentaires.

La protection fournie par l'ensemble des régimes collectifs joue avant le CC-S, sauf disposition contraire dans le CC-S.

Exemple

Premier payeur – Régime collectif du participant

Deuxième payeur – Assurance des personnes à charge fournie par le régime collectif du conjoint

Troisième payeur – CC-S du participant ou CC-S du conjoint; la décision est laissée à la discrétion du participant

Les demandes des participants pour que le règlement se fasse aux termes du CC-S plutôt que du régime collectif seront subordonnées aux pratiques sur le plan administratif de l'assureur en cause.

« **conjoint** », le conjoint tel que défini dans le régime collectif en cause.

« **conjoint ou enfant à charge survivant** », une personne qui continue d'être admissible au régime collectif après le décès du participant.

« **emploi à plein temps** », l'emploi à plein temps tel que défini dans le régime collectif en cause.

« **emploi à temps partiel** », l'emploi à temps partiel tel que défini dans le régime collectif en cause.

« **enfant à charge** », l'enfant à charge tel que défini dans le régime collectif en cause.

« **frais admissibles** », les frais précisés dans la police ou les documents relatifs au régime collectif et qui sont assujettis à des restrictions comme une franchise, une quote-part, un ancien guide des tarifs et un plafond. Ils sont calculés séparément pour chaque élément figurant sur la demande de règlement.

« **Frais médicaux admissibles** » – 100 % des frais jugés raisonnables et habituels par l'assureur en cause.

« **Frais dentaires admissibles** » – 100 % des frais prévus dans le guide courant des tarifs buccodentaires des dentistes généralistes et des dentistes spécialistes du territoire de compétence en cause, indépendamment du guide des tarifs applicable au régime.

Là où il n'existe pas de guide des tarifs provincial ou fédéral ni de guide reconnu par l'industrie, les frais dentaires admissibles correspondront à 100 % des frais jugés raisonnables et habituels par l'assureur en cause.

« **intégration** », une méthode de calcul des sommes payables aux termes d'un régime collectif; à distinguer de la CDP. Il y a intégration lorsque sont soustraites des sommes remboursables par un régime collectif celles versées par un régime ou programme d'assurance maladie d'État.

Exemple

Le demandeur achète un fauteuil roulant qui lui coûte 8 000 \$

Le régime ou programme d'assurance maladie d'État prend en charge 5 600 \$ des 8 000 \$

Le régime collectif considère que les frais remboursables s'élèvent à 2 400 \$

La franchise et la quote-part du régime collectif sont déduites des frais remboursables de 2 400 \$

« **participant** », la principale personne couverte par le régime collectif, à savoir le salarié, le syndiqué ou le membre d'une association.

« **programme d'aide sociale** », un programme d'État fournissant une aide financière aux personnes à faible revenu. Dans le cadre de la présente ligne directrice, le programme d'aide sociale est toujours le deuxième payeur par rapport à un régime collectif.

« **programme de soins de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada** », un programme qui fournit aux Indiens inscrits ainsi qu'aux Inuits et Innus reconnus des produits et services de santé médicalement nécessaires, non couverts par d'autres régimes d'assurance maladie fédéraux, provinciaux ou territoriaux ou de tierces parties. Ce programme est le deuxième payeur par rapport à un régime collectif.

« **promoteur de régime** », un employeur, un syndicat, une association ou une autre entité qui fournit des garanties d'assurance maladie ou d'assurance dentaire collectives aux participants.

« **régime à prix coûtant majoré** », un régime prévoyant le règlement des frais engagés par les participants à l'égard de services médicaux et dentaires couverts. Le promoteur de régime s'engage à rembourser à l'assureur les sommes versées au titre des règlements plus des frais administratifs.

Dans le cadre de la présente ligne directrice, cette définition ne vise pas les régimes collectifs non garantis.

La protection fournie par l'ensemble des régimes collectifs et des comptes de crédits-santé joue avant celle du régime à prix coûtant majoré. Toutefois, la demande du promoteur de régime pour qu'un règlement se fasse aux termes du régime à prix coûtant majoré plutôt qu'aux termes d'un régime collectif ou d'un compte de crédits-santé sera subordonnée aux pratiques sur le plan administratif des assureurs en cause.

« **régime collectif** », un régime collectif d'assurance maladie ou d'assurance dentaire ou toute entente similaire selon lequel un certain nombre de personnes bénéficient d'une assurance maladie ou dentaire au titre d'un seul contrat, garanti ou non, passé entre un assureur ou un tiers administrateur et un promoteur de régime. Sont compris les régimes collectifs administrés par un assureur pour le compte d'un employeur, d'un syndicat, d'une association ou d'une autre entité conformément à une entente légale, ainsi que les régimes de rémunération forfaitaire ou régimes de soins dentaires prépayés.

Les régimes individuels, l'assurance scolaire en cas d'accident, les régimes à prix coûtant majoré et les comptes de crédits-santé sont exclus de cette définition dans le cadre de la présente ligne directrice.

« **régime d'assurance maladie ou d'assurance dentaire des étudiants** », une couverture maladie ou dentaire collective complète offerte aux étudiants fréquentant un établissement d'enseignement précis. Le régime d'assurance maladie ou dentaire des étudiants est considéré comme étant le premier payeur si tous les autres régimes en cause couvrent l'étudiant en tant que personne à charge.

« **régime de rémunération forfaitaire ou régime de soins dentaires prépayés** », un arrangement selon lequel le fournisseur de traitements reçoit un montant fixe par année, par patient qui choisit de faire appel à ses services. En contrepartie de ce montant, le fournisseur doit traiter le patient aussi souvent que cela est nécessaire au cours de l'année. (Voir « Coordination des prestations – Régimes de rémunération forfaitaire ou régimes de soins dentaires prépayés »)

« **régime individuel** », une assurance établie sur une base individuelle. Aux fins de la CDP, un régime individuel peut être considéré comme le deuxième payeur par rapport à un régime collectif si c'est ce que prévoit la police individuelle.

« régime ou programme d'assurance maladie d'État », un régime ou un programme d'assurance maladie régi, financé ou administré par un gouvernement fédéral, provincial ou territorial. Les régimes et programmes d'assurance maladie d'État jouent avant les régimes collectifs, sauf disposition contraire dans la loi, le régime ou le programme en cause. Lorsqu'une protection est fournie par un régime ou un programme d'assurance maladie d'État, les prestations peuvent faire l'objet d'une intégration si la loi le permet. (Voir « Intégration »)

3. ORDRE DE DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

La présente ligne directrice établit l'ordre dans lequel les prestations doivent être versées lorsqu'une personne est couverte au titre de plus d'un régime collectif.

La présente partie montre comment est établi l'ordre dans lequel les prestations sont versées dans les cas suivants :

- i) Le régime collectif ne prévoit pas la CDP
- ii) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les participants
- iii) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les conjoints
- iv) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les enfants à charge
- v) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres survenant dans les cas de garde exclusive
- vi) Accidents dentaires
- vii) Tous les autres cas

i) Le régime collectif ne prévoit pas la CDP

Le régime collectif qui ne comporte pas de clause de CDP est réputé être le premier payeur. Les prestations sont donc réglées par ce régime avant que n'intervienne un régime collectif prévoyant la CDP.

ii) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les participants

Lorsque deux régimes collectifs prévoient la CDP, l'ordre de préséance est le suivant :

Premier payeur – Le régime collectif couvrant la personne en tant que participant

Deuxième payeur – Le régime collectif couvrant la personne en tant que personne à charge

Lorsqu'une personne participe à plus d'un régime collectif, les prestations doivent être versées dans l'ordre suivant, peu importe lequel des régimes collectifs couvre la personne depuis le plus longtemps :

Premier payeur – Le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié actif à plein temps

Deuxième payeur – Le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié actif à temps partiel

Troisième payeur – Le régime collectif auquel elle participe en tant que retraité

Lorsqu'une personne est admissible **de la même façon** à plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

Exemple 1 : Salarié à temps partiel au titre de deux régimes collectifs

Premier payeur – Le régime collectif qui la couvre en tant que **salarié à temps partiel** depuis le plus longtemps

Deuxième payeur – L'autre régime collectif

Exemple 2 : Retraité au titre de deux régimes collectifs

Premier payeur – Le régime collectif qui la couvre en tant que **retraité** depuis le plus longtemps

Deuxième payeur – L'autre régime collectif

Régime d'assurance maladie ou d'assurance dentaire des étudiants : Si le régime couvre l'étudiant en tant que participant, ce régime est le premier payeur par rapport à un régime collectif auquel l'étudiant est admissible en tant que personne à charge.

Exemple 1

Régime collectif A – L'étudiant est couvert par un régime d'assurance maladie ou dentaire offert par son établissement d'enseignement

Régime collectif B – L'étudiant est couvert en tant que personne à charge par l'assurance de ses parents

Le régime collectif A est le premier payeur

Exemple 2

Lorsqu'un enfant à charge travaille à temps partiel et qu'il est admissible à l'assurance de son employeur en tant que participant, c'est le régime le couvrant en tant que participant, et non celui le couvrant en tant que personne à charge, qui est le premier payeur.

Régime collectif A – L'enfant à charge est couvert en tant que salarié à temps partiel

Régime collectif B – L'enfant à charge est couvert en tant que personne à charge admissible par l'assurance de ses parents

Le régime collectif A est le premier payeur

iii) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les conjoints

Lorsque deux régimes collectifs prévoient la CDP, l'ordre de préséance est le suivant :

Premier payeur – Le régime collectif couvrant la personne en tant que participant

Deuxième payeur – Le régime collectif couvrant la personne en tant que personne à charge

Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

Premier payeur – Le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps

Deuxième payeur – L'autre collectif régime

Exemple 1

Le conjoint survivant devient assuré en tant que conjoint de fait

Régime collectif A – Son assurance en tant que conjoint survivant est en vigueur depuis le 1^{er} mai 1999

Régime collectif B – Son assurance en tant que conjoint de fait est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002

Le régime collectif B est le premier payeur

Exemple 2

L'ex-conjoint se remarie

Régime collectif A – L'assurance le couvrant en tant qu'ex-conjoint est en vigueur depuis le 1^{er} mai 1998

Régime collectif B – L'assurance le couvrant en tant qu'époux est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004

Le régime collectif B est le premier payeur

iv) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les enfants à charge

Sont visés tous les arrangements de garde conjointe et les demandes relatives aux enfants à charge survivants. Les situations de garde exclusive sont traitées en v) ci-après.

L'ordre de préséance est le suivant :

1. le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
2. le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;
3. si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau régime de parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Exemple

Le régime collectif A prévoit le versement de prestations aux survivants. L'anniversaire du parent décédé arrivait en premier dans l'année civile

Le régime collectif B, qui était déjà en vigueur, couvre le parent vivant dont l'anniversaire vient après celui du parent décédé dans l'année civile

Le régime collectif A est le premier payeur

v) Le régime collectif prévoit la CDP – Sinistres survenant dans les cas de garde exclusive

L'ordre de préséance est le suivant :

1. le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge
2. le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge
3. le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge
4. le régime collectif du conjoint du parent en 3

Remarque : Si les règles applicables à l'ordre de préséance décrites au point iv) et au présent point v) nuisent à l'application efficace de la clause de CDP, l'ordre peut être changé, à condition que le promoteur du régime qui est le deuxième payeur en fasse la demande par écrit au deuxième assureur, et que celui-ci soit d'accord.

Exemple

Un parent ayant engagé des frais à l'égard d'un enfant a du mal à se faire rembourser par le conjoint dont le régime collectif est le premier payeur. Si le promoteur du régime et l'assureur du conjoint ayant engagé les frais sont d'accord, l'ordre de préséance peut être changé.

vi) Accidents dentaires

L'ordre de préséance est le suivant :

1. les régimes collectifs d'assurance maladie couvrant ce genre d'accident
2. les régimes collectifs d'assurance dentaire

Lorsque les accidents dentaires sont couverts par un régime collectif d'assurance maladie ainsi que par un régime collectif d'assurance dentaire, les frais sont réglés aux termes du régime d'assurance maladie avant que n'intervienne le régime d'assurance dentaire. Lorsque les accidents dentaires sont couverts par plus d'un régime collectif d'assurance maladie, les règles sur l'ordre de préséance s'appliquent.

Exemple

1. le régime collectif d'assurance maladie du participant couvrant les accidents dentaires
2. le régime collectif d'assurance maladie du conjoint couvrant les accidents dentaires
3. le régime collectif d'assurance dentaire du participant
4. le régime collectif d'assurance dentaire du conjoint

vii) Tous les autres cas

Calcul proportionnel des prestations – Si l'ordre de préséance ne peut être établi de la façon précisée ci-dessus, les prestations versées par les régimes collectifs sont calculées en proportion des sommes qui seraient réglées par chaque régime s'il était le premier payeur.

Exemple

Frais admissibles : 70 \$

Régime collectif A (quote-part : 90 %) – Responsabilité en tant que premier payeur : 63 \$

Régime collectif B (quote-part : 80 %) – Responsabilité en tant que premier payeur : 56 \$

Remarque : Pour établir la « responsabilité en tant que premier payeur », outre la quote-part, il faut tenir compte de toute restriction comme une franchise ou un plafond.

Établissement du pourcentage devant être réglé par chaque régime collectif :

- Déterminer le total disponible en additionnant les sommes que paierait chaque régime collectif en tant que premier payeur : 63 \$ + 56 \$ = 119 \$
- Les prestations versées normalement aux termes du régime collectif A correspondent à **52,9 %** du total des sommes disponibles au titre des deux régimes (63 \$ divisé par 119 \$ = 0,529 ou 52,9 %)
- Les prestations versées normalement aux termes du régime collectif B correspondent à **47,1 %** du total des sommes disponibles au titre des deux régimes (56 \$ divisé par 119 \$ = 0,471 ou 47,1 %)

Calcul proportionnel :

Le régime collectif A verse **52,9 %** des frais de 70 \$, ou **37,03 \$**

Le régime collectif B verse **47,1 %** des frais de 70 \$, ou **32,97 \$**

Remarque : Le total des sommes réglées au titre des deux régimes collectifs ne dépasse pas les frais admissibles de 70 \$.

4. COMMENT S'EFFECTUE LE CALCUL DES PRESTATIONS?

Le premier régime collectif à déterminer les prestations payables calcule celles-ci comme s'il était le seul en cause.

Le deuxième régime collectif à déterminer les prestations payables limitera sa responsabilité, pour chaque élément figurant sur la demande de règlement, à :

1. la somme qu'il aurait versée s'il avait été le premier payeur;
2. 100 % des frais admissibles moins le total des prestations payables pour les mêmes frais par le premier payeur, si le montant obtenu est inférieur à la somme en 1.

Le total des sommes réglées par l'ensemble des régimes collectifs pour un élément donné ne peut excéder 100 % des frais maladie ou soins dentaires admissibles.

Dans certains cas, le total des sommes réglées par l'ensemble des régimes collectifs pour un élément donné peut être inférieur aux frais effectivement engagés.

Lorsqu'une consultation ou des frais sont réglés en partie par un régime collectif, la consultation comptera pour une consultation ou les frais s'accumuleront jusqu'à concurrence de tout plafond applicable à la dépense en cause.

Lorsque les frais admissibles sont réglés intégralement par le premier payeur, ils n'ont pas à être soumis au deuxième payeur, à moins que le participant ne souhaite faire affecter ces frais à une franchise ou à un plafond applicable.

5. PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

Responsabilité du participant

Il incombe au participant de conserver une copie de la demande de règlement et des reçus présentés au premier payeur pour s'en servir aux fins de la CDP, s'il présente sa demande sur support papier.

En ce qui concerne les demandes présentées sur support électronique, il incombe au participant d'indiquer au fournisseur de services tous les régimes collectifs en cause aux fins de la CDP.

Responsabilité du premier payeur

Le premier régime collectif à déterminer les prestations payables doit remettre au participant une explication des prestations (EDP) où sont donnés des détails sur le service en cause, les frais engagés et les sommes réglées. L'EDP peut être fournie sur support papier ou électronique.

Exigences applicables à la présentation des demandes de règlement au deuxième payeur

Demande de règlement sur support électronique – Si le règlement par le premier payeur a été effectué par voie électronique et que le deuxième régime collectif à déterminer les prestations payables est en mesure de procéder à la CDP de cette façon, il exigera que lui soient fournis de façon électronique tous les détails relatifs à la demande qui a été présentée au premier payeur, y compris le service en cause, les frais engagés et les sommes réglées.

Dans toutes les autres situations, le deuxième payeur exigera une copie papier de l'EDP.

Demande de règlement sur support papier – Le deuxième régime collectif à déterminer les prestations payables exigera qu'on lui présente une demande de règlement dûment remplie ainsi qu'une copie de l'EDP du premier payeur et de tous les reçus applicables. Des photocopies sont acceptables.

Ajustements

Il est laissé à la discrétion de chaque assureur d'ajuster les paiements déjà effectués comportant une erreur faite par le premier régime collectif à déterminer les prestations payables. Une telle situation peut se produire si le participant omet d'indiquer tous les régimes collectifs en cause.

Il est laissé à la discrétion de chaque assureur d'ajuster un paiement ayant fait l'objet d'une CDP, à la demande du participant ou du promoteur du régime au nom du participant.

6. COORDINATION DES PRESTATIONS – RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE OU RÉGIMES DE SOINS DENTAIRES PRÉPAYÉS

La CDP entre un régime de rémunération forfaitaire et un régime collectif de paiement à l'acte pour les soins dentaires doit être effectuée comme s'il s'agissait de deux régimes de paiement à l'acte.

Les règles relatives à l'ordre de détermination des prestations (ODP) énoncées dans la présente ligne directrice s'appliquent. Si une personne est couverte par deux régimes dont l'un prévoit la rémunération forfaitaire et que le dentiste qui la traite adhère à ce régime, il faut suivre les règles relatives à l'ODP.

Si l'un des régimes d'assurance dentaire est un régime de rémunération forfaitaire ou de soins dentaires prépayés, tous les assurés doivent consulter un cabinet de dentistes participant pour avoir droit à la CDP. Si une personne est traitée dans un cabinet non participant, la CDP ne peut être effectuée puisque, aux termes du régime de rémunération forfaitaire, les frais engagés ne sont réglés ni au fournisseur de services payé à l'acte, ni au participant. Il s'agit là d'un principe fondamental des régimes de rémunération forfaitaire.

Les sociétés offrant des régimes de rémunération forfaitaire vérifient les services rendus par les dentistes participants et tiennent compte des prestations versées par suite de la coordination dans les honoraires des dentistes au moment de fixer le montant de la rémunération forfaitaire.

Lorsque le régime de rémunération forfaitaire est le premier à déterminer les prestations payables, le dentiste peut recevoir les sommes payables par le deuxième payeur par voie de cession ou directement du patient.

Lorsque le régime de rémunération forfaitaire est le deuxième à déterminer les prestations payables, le dentiste est payé par le premier payeur, mais il doit renoncer à tout copaiement aux termes du régime de rémunération forfaitaire du patient. Si les prestations versées par le premier payeur sont inférieures au montant du copaiement prévu par le régime forfaitaire, le patient est tenu de payer la différence.