



**Ligne directrice LD4  
COORDINATION DES PRESTATIONS – RÉGIMES COLLECTIFS MALADIE  
ET DENTAIRE**

*La présente ligne directrice a été approuvée par le Conseil d'administration de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Il est entendu que les sociétés membres l'adoptent, compte tenu de leur structure d'entreprise, de leurs produits et de leurs processus d'affaires, canaux de distribution compris. Il leur est en outre fortement recommandé de l'incorporer à leur programme de conformité.*

# Ligne directrice LD4

## COORDINATION DES PRESTATIONS – RÉGIMES COLLECTIFS MALADIE ET DENTAIRE

---

### 1. INTRODUCTION

La Ligne directrice sur la coordination des prestations (CDP) vise à assurer la cohérence dans l'industrie quant au traitement des demandes de règlement Maladie et Dentaire pouvant être présentées par les Personnes couvertes au titre de plus d'un Régime collectif.

### 2. OBJECTIF

L'ACCAP a élaboré la présente Ligne directrice pour aider l'industrie Maladie et Dentaire à déterminer, avec cohérence, l'ordre dans lequel les prestations sont versées ainsi que le montant minimal payable par chaque Régime collectif lorsqu'une Personne couverte peut présenter une demande de règlement à plus d'un Régime collectif. La Ligne directrice décrit l'ordre de détermination des prestations et la façon de coordonner les prestations payables au titre des protections Maladie ou Dentaire des Régimes collectifs dont bénéficie la Personne couverte.

Le total des sommes réglées aux termes de tous les Régimes collectifs pour un élément donné ne peut excéder 100 % des frais admissibles au titre des protections Maladie ou Dentaire. Dans certains cas, le total des sommes réglées par l'ensemble des Régimes collectifs pour un élément donné peut être inférieur aux frais engagés.

### 3. PORTÉE

La Ligne directrice s'applique aux régimes collectifs Maladie et Dentaire, assurés ou non.

Elle ne traite pas de la CDP pour frais engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire.

Advenant une quelconque divergence entre la présente Ligne directrice et une loi applicable, c'est la loi qui fait autorité.

### 4. DÉFINITIONS

**Dans 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 gouvernemental (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 »)

« **Calcul proportionnel** », une méthode de calcul équitable de la part de responsabilité de chacun des Régimes collectifs (deux ou plus) lorsque la CDP 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 de la Personne couverte, 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 de la Personne couverte

Deuxième payeur – Couverture des personnes à charge fournie par le Régime collectif du Conjoint

Troisième payeur – CC-S de la Personne couverte ou CC-S du Conjoint; la décision est laissée à la discrétion de la Personne couverte

Les demandes des Personnes couvertes 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 chaque assureur ou administrateur de régime 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 de la Personne couverte.

« **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 chaque assureur ou administrateur de régime 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 chaque assureur ou administrateur de régime 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 gouvernemental.

### **Exemple**

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

Le Régime ou programme d'assurance maladie gouvernemental 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 \$

« **Personne couverte** », la principale personne couverte par le Régime collectif, à savoir le salarié, le syndiqué ou le membre d'une association, mais non les personnes couvertes par son entremise.

« **Programme d'aide sociale** », un programme gouvernemental 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.

« **Promoteur de régime** », un employeur, un syndicat, une association ou une autre entité qui fournit aux Personnes couvertes un régime collectif Maladie ou Dentaire.

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

**« Régime collectif »**, un régime collectif Maladie ou Dentaire ou toute entente similaire selon lequel un certain nombre de personnes bénéficient d'une protection Maladie ou Dentaire au titre d'un seul contrat, assuré ou non, passé entre un assureur ou un tiers administrateur et un Promoteur de régime. Les Régimes collectifs administrés par les assureurs ou administrateurs de régimes pour le compte d'employeurs, de syndicats, d'associations ou d'autres entités conformément à une entente légale, ainsi que les Régimes de rémunération forfaitaire ou régimes de soins dentaires prépayés en sont des exemples.

Les Régimes collectifs excluent les Régimes individuels, les Protections scolaires en cas d'accident, les régimes à prix coûtant majoré et les Comptes de crédits-santé.

**« 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 couverture 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 le Régime individuel.

**« Régime Maladie ou Dentaire des étudiants »**, une couverture Maladie ou Dentaire collective complète offerte aux étudiants fréquentant un établissement d'enseignement précis. Le Régime 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 ou programme d'assurance maladie gouvernemental »**, un régime ou programme public d'assurance maladie régi, financé ou administré par le gouvernement fédéral, ou par un gouvernement provincial ou territorial. Les Régimes et programmes d'assurance maladie gouvernementaux jouent avant les Régimes collectifs privés, 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 gouvernemental, les prestations peuvent faire l'objet d'une Intégration si la loi le permet. (Voir « Intégration »)

**« Régime Voyage »**, une protection 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. Cette protection couvre les frais d'hospitalisation/médicaux d'urgence engagés pendant un voyage, l'annulation de voyage et la perte de bagages.

## 5. ORDRE DE DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

La présente Ligne directrice établit l'ordre dans lequel les prestations doivent être versées lorsqu'une Personne couverte est protégée par 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 Personnes couvertes
- iii) Le Régime collectif prévoit la CDP – Sinistres touchant les Conjointes
- 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 Personnes couvertes**

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

- Premier payeur – Le Régime collectif de la Personne couverte
- Deuxième payeur – Le Régime collectif protégeant la Personne couverte en tant que personne à charge

Lorsque la Personne couverte bénéficie de 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 couverte 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 Maladie ou Dentaire des étudiants : Si le régime protège l'étudiant en tant que Personne couverte, 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 Maladie ou Dentaire offert par son établissement d'enseignement*

*Régime collectif B – L'étudiant est couvert en tant que personne à charge par le régime 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 au régime de son employeur en tant que Personne couverte, c'est le régime le protégeant en tant que Personne couverte, 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 le régime 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 de la Personne couverte

Deuxième payeur – Le Régime collectif protégeant la Personne couverte 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 Régime collectif

#### **Exemple 1**

Le Conjoint survivant devient couvert en tant que conjoint de fait

*Régime collectif A – Sa couverture en tant que Conjoint survivant est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009*

*Régime collectif B – Sa couverture en tant que conjoint de fait est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012*

*Le Régime collectif B est le premier payeur*

## **Exemple 2**

L'ex-conjoint se remarie

*Régime collectif A – Sa couverture en tant qu'ex-conjoint est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2008*

*Régime collectif B – Sa couverture en tant qu'époux est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012*

*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 ou administrateur de régime, 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 ou l'administrateur du régime 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 Maladie couvrant ce genre d'accident
2. les régimes collectifs Dentaire

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

### **Exemple**

1. le régime collectif Maladie de la Personne couverte couvrant les accidents dentaires
2. le régime collectif Maladie du Conjoint couvrant les accidents dentaires
3. le régime collectif Dentaire de la Personne couverte
4. le régime collectif 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 \$.

## 6. 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 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 la Personne couverte ne souhaite faire affecter ces frais à une franchise ou à un plafond applicable.

## 7. PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

### Responsabilité de la Personne couverte

Il incombe à la Personne couverte 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, si elle présente sa demande sur support papier.

En ce qui concerne les demandes présentées sur support électronique, il incombe à la Personne couverte 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 à la Personne couverte 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 ou administrateur de régime 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 la Personne couverte omet d'indiquer tous les Régimes collectifs en cause.

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

## **8. 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 couverte est protégée 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 Dentaire est un Régime de rémunération forfaitaire ou de soins dentaires prépayés, le patient doit 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 à la Personne couverte. 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.