


 ADMINISTRATIVE NOTICES - AVIS ADMINISTRATIFS

Headquarters Edition  
Number 8/87

March 11, 1987

Édition de l'administration centrale  
Numéro 8/87

le 11 mars 1987

PUBLIC SERVICE DENTAL CARE PLANRÉGIME DE SOINS DENTAIRES DE  
LA FONCTION PUBLIQUE

Departmental employees to whom the Public Service Dental Care Plan applies\* should all have received a copy of the information booklet and question-and-answer leaflet.

Les employés du Ministère couverts par le régime de soins dentaires de la Fonction publique\* devraient avoir reçu un exemplaire de la brochure et du feuillet de questions et de réponses.

Enrollment forms and Waiver forms are now being sent to Divisions for distribution. Please note that only the employees in the following classifications should be in receipt of these documents: DM, EX, EL, ES, FS, PE, OM, SM, AT, and all employees excluded from collective bargaining (if uncertainty exists concerning which employees in your division are excluded, please contact ABKR).

Les Directions vont maintenant recevoir les formules d'adhésion et les formules d'exemption, qu'elles ne doivent distribuer qu'aux employés appartenant aux groupes suivants: DM, EX, EL, ES, FS, PE, OM, SM, AT, ainsi qu'à tous les employés exclus des conventions collectives (en case d'incertitude à cet égard, veuillez communiquer avec ABKR).

Membership in this plan is compulsory for those employees in categories listed above who were in an eligible position on February 28, 1987, making coverage effective March 1, 1987.

L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les employés appartenant aux groupes mentionnés plus haut qui étaient portés à l'effectif en date du 28 février 1987. Leur assurance entre en vigueur le 1er mars 1987.

All eligible employees must complete the enrollment form and return it to ABMP by April 30, 1987 to enroll themselves and their eligible dependants (if applicable). This form will be used to issue certificate numbers which will be required by employees when making a dental claim.

Pour s'inscrire et, le cas échéant, inscrire les personnes qui sont à leur charge, tous les employés admissibles doivent remplir la formule d'adhésion et la retourner à ABMP d'ici le 30 avril 1987. Cette formule permettra d'émettre les numéros de certificat dont les employés ont besoin pour faire des demandes de remboursement de soins dentaires.

If an employee and spouse are both eligible to join this plan, they must both sign enrollment forms and waiver forms to be exempt from each other's coverage. These forms must also be submitted to ABMP by April 30, 1987.

Si un employé et son conjoint sont admissibles au régime, ils doivent tous deux faire une demande d'adhésion et remplir une demande d'exemption afin de ne pas être couverts par l'assurance de l'autre. Ces formules doivent également être remises à ABMP au plus tard le 30 avril 1987.