



Health
Canada

Santé
Canada

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA Denturologistes

Date d'entrée en vigueur

Le 1^{er} septembre 2009

- Les soins dentaires couverts dans le cadre du Programme des SSNA sont assujettis aux modalités du programme.
- Avant de commencer un traitement, vérifiez attentivement la grille puisque certains actes nécessitent une prédétermination ou des considérations spéciales, notamment lorsque la lettre « P » figure dans la colonne **PD** ou lorsque les lettres « C.S. » figurent dans la colonne **Honoraires**.
- Les dossiers de postdétermination seront analysés uniquement dans les situations décrites dans la *Trousse de soumission des demandes de paiement pour soins dentaires*.
- Veuillez vous reporter au *Guide du fournisseur de soins dentaires* et au *Cadre de travail sur les soins dentaires du Programme des SSNA* pour obtenir plus de renseignements sur la portée et les limites du volet soins dentaires du Programme des SSNA.

Frais de laboratoire

- Lettres de confirmation de prédétermination :
 - Frais de laboratoire interne : Même si les frais de laboratoire interne ne figurent pas sur la lettre, ils sont désormais approuvés conjointement avec les honoraires professionnels et sont réglés lors du traitement de la demande de paiement.
 - Frais de laboratoire commercial : Les caractères « + L » figureront sur la lettre de confirmation de prédétermination si les frais de laboratoire commercial sont permis.
- Demandes de paiement :
 - Frais de laboratoire interne : Lorsque vous soumettez une demande de paiement et que les frais de laboratoire interne sont compris, ne soumettez que les honoraires professionnels. N'indiquez pas de frais de laboratoire interne sur votre demande puisqu'ils seront approuvés conjointement avec les honoraires professionnels et qu'ils seront réglés d'office lors du traitement de la demande de paiement.
 - Frais de laboratoire commercial : Vous pouvez continuer de soumettre des demandes de paiement sur lesquelles figurent les frais de laboratoire commercial.

Pour toute question, veuillez communiquer avec le Centre d'appels à l'intention des fournisseurs du Programme des SSNA au 1 888 511-4666.

COLOMBIE-BRITANNIQUE
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
EXAMENS					
<i>Standards</i>					
10010	Examen buccal 1 par période de 60 mois	40,50 \$			
10104	Examen d'urgence/ Examen d'un aspect particulier 1 par période de 12 mois	22,50 \$			
PROTHÈSES AMOVIBLES					
Les honoraires réglés pour les prothèses comprennent les ajustements et les modifications au cours des trois (3) mois qui suivent la mise en bouche. Au cours de cette période, le Programme des SSNA ne couvre aucun autre acte associé aux prothèses (c.-à-d. les ajustements). Un regarnissage est permis uniquement lors de la mise en bouche de prothèses immédiates.					
Prothèses complètes					
1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
31310	Prothèse complète, maxillaire supérieur	462,60 \$		261,00 \$	P
31320	Prothèse complète, maxillaire inférieur	462,60 \$		261,00 \$	P
31330	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	925,20 \$		522,00 \$	P
Prothèses complètes					
Immédiates, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
31311	Prothèse complète, maxillaire supérieur	536,40 \$		304,00 \$	P
31321	Prothèse complète, maxillaire inférieur	536,40 \$		304,00 \$	P
31331	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	1 080,00 \$		600,00 \$	P
Prothèses partielles avec squelette coulé					
1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses partielles avec selle libre - Standards</i>					
41114	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	533,70 \$	L	302,00 \$	P
41124	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	533,70 \$	L	302,00 \$	P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41254	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	533,70 \$	L	302,00 \$	P
41264	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	533,70 \$	L	302,00 \$	P
Prothèses partielles avec squelette coulé					
Immédiates, avec crochets, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses partielles avec selle libre - Standards</i>					
41115	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	685,80 \$	L	388,00 \$	P
41125	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	685,80 \$	L	388,00 \$	P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41215	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	685,80 \$	L	388,00 \$	P
41225	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	685,80 \$	L	388,00 \$	P
Prothèses partielles avec base en acrylique					
Avec crochets, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41610	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	357,30 \$	L	203,00 \$	P
41620	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	357,30 \$	L	203,00 \$	P
<i>Prothèses de transition</i>					
41710	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	223,20 \$	L	127,00 \$	P
41720	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	223,20 \$	L	127,00 \$	P
Prothèses partielles avec base en acrylique					
Sans crochet, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41612	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	297,90 \$		169,00 \$	P
41622	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	297,90 \$		169,00 \$	P

COLOMBIE-BRITANNIQUE
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
<i>Prothèses de transition</i>					
41712	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	208,80 \$		118,00 \$	P
41722	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	208,80 \$		118,00 \$	P
Prothèses partielles avec base en acrylique Immédiates, avec crochets, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41611	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	387,00 \$	L	220,00 \$	P
41621	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	387,00 \$	L	220,00 \$	P
Prothèses partielles avec base en acrylique Immédiates, sans crochet, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41613	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	360,00 \$		200,00 \$	P
41623	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	360,00 \$		200,00 \$	P
Regarnissages 1 par prothèse par période de 24 mois					
<i>En laboratoire avec empreinte fonctionnelle</i>					
32110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	163,80 \$		93,00 \$	
32120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	163,80 \$		93,00 \$	
42110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	163,80 \$		93,00 \$	
42120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	163,80 \$		93,00 \$	
<i>Autopolymérisant</i>					
32210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	66,60 \$		36,00 \$	
32220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	66,60 \$		36,00 \$	
42210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	54,00 \$		30,00 \$	
42220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	54,00 \$		30,00 \$	
Rebasages 1 par prothèse par période de 12 mois					
<i>En laboratoire</i>					
33110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	193,50 \$		110,00 \$	
33120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	193,50 \$		110,00 \$	
43110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	179,10 \$		101,00 \$	
43120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	179,10 \$		101,00 \$	
Réparations et ajouts 1 par prothèse par période de 12 mois					
<i>Sans empreinte</i>					
36110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	45,00 \$	L	50,00 \$	
36120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	45,00 \$	L	50,00 \$	
46110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	45,00 \$	L	50,00 \$	
46120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	45,00 \$	L	50,00 \$	
<i>Avec empreinte</i>					
36210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	58,50 \$	L	50,00 \$	
36220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	58,50 \$	L	50,00 \$	
46210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	58,50 \$	L	50,00 \$	
46220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	58,50 \$	L	50,00 \$	
<i>Dent / Crochet additionnel</i>					
46310	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	58,50 \$	L	65,00 \$	
46320	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	58,50 \$	L	65,00 \$	

COLOMBIE-BRITANNIQUE
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
Garnissage temporaire thérapeutique					
1 par prothèse par période de 24 mois					
37110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	41,40 \$		24,00 \$	
37120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	41,40 \$		24,00 \$	
47110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	41,40 \$		24,00 \$	
47120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	41,40 \$		24,00 \$	
Ajustements					
Plus de trois (3) mois après la mise en bouche					
38110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	27,00 \$			
38120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	27,00 \$			
48110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	27,00 \$			
48120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	27,00 \$			