



Health
Canada

Santé
Canada

MANITOBA

Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA Denturologistes

Date d'entrée en vigueur

Le 1^{er} août 2010

- 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.

MANITOBA

**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	30,00 \$			
10104	Examen d'urgence/ Examen d'un aspect particulier 1 par période de 12 mois	15,00 \$			
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	459,00 \$		270,00 \$	P
31320	Prothèse complète, maxillaire inférieur	490,50 \$		270,00 \$	P
<i>Prothèses hybrides</i>					
31610	Prothèse complète, maxillaire supérieur	558,00 \$		460,00 \$	P
31620	Prothèse complète, maxillaire inférieur	567,00 \$		480,00 \$	P
Prothèses complètes					
Immédiates, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
31311	Prothèse complète, maxillaire supérieur	585,00 \$		330,00 \$	P
31321	Prothèse complète, maxillaire inférieur	625,50 \$		330,00 \$	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	495,00 \$		440,00 \$	P
41124	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	508,50 \$		440,00 \$	P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41254	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	424,80 \$		482,00 \$	P
41264	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	445,50 \$		482,00 \$	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	459,00 \$		300,00 \$	P
41620	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	477,00 \$		300,00 \$	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	423,00 \$		250,00 \$	P
41622	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	454,50 \$		250,00 \$	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	450,00 \$		305,00 \$	P
41623	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	481,50 \$		305,00 \$	P
Regarnissages					
1 par prothèse par période de 24 mois					
<i>En laboratoire</i>					
32110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	147,60 \$		86,00 \$	
32120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	147,60 \$		86,00 \$	
42116	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	147,60 \$		86,00 \$	
42126	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	147,60 \$		86,00 \$	

MANITOBA

**Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES**

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
Autopolymérisant					
32215	Prothèse complète, maxillaire supérieur	147,60 \$		86,00 \$	
32225	Prothèse complète, maxillaire inférieur	147,60 \$		86,00 \$	
42210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	147,60 \$		86,00 \$	
42220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	147,60 \$		86,00 \$	
Rebasages					
1 par prothèse par période de 24 mois					
<i>En laboratoire avec empreinte fonctionnelle</i>					
33117	Prothèse complète, maxillaire supérieur	243,00 \$		160,00 \$	
33127	Prothèse complète, maxillaire inférieur	243,00 \$		160,00 \$	
43116	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	243,00 \$		160,00 \$	
43126	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	243,00 \$		160,00 \$	
Réparations et ajouts					
1 par prothèse par période de 12 mois					
<i>Avec empreinte</i>					
36210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	64,80 \$	L	38,00 \$	
36220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	64,80 \$	L	38,00 \$	
46210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	64,80 \$	L	38,00 \$	
46220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	64,80 \$	L	38,00 \$	
<i>Sans empreinte</i>					
36110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	40,50 \$	L	35,00 \$	
36120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	40,50 \$	L	35,00 \$	
46110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	40,50 \$	L	35,00 \$	
46120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	40,50 \$	L	35,00 \$	
<i>Dent / Crochet additionnel</i>					
46310	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	40,50 \$	L	35,00 \$	
46320	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	40,50 \$	L	35,00 \$	
Garnissage temporaire thérapeutique					
1 par prothèse par période de 24 mois					
37110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	72,00 \$			
37120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	72,00 \$			
Ajustements					
Plus de trois (3) mois après la mise en bouche					
38110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	34,20 \$			
38120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	34,20 \$			
48110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	34,20 \$			
48120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	34,20 \$			
SERVICES COMPLÉMENTAIRES					
70040	Visite au cabinet en dehors des heures normales	67,50 \$			P