



Le 10 décembre 2010

Communiqué à l'intention de tous les denturologistes du Programme des SSNA

Nous tenons à vous informer que nous avons décelé certaines erreurs dans la Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA à l'intention des denturologistes du Nunavut, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2010. Le tableau ci-dessous présente les modifications qui ont été effectuées dans la grille régionale des soins dentaires.

<b>Services complémentaires</b>	
<b>Code d'acte dentaire</b>	<b>Description/ Honoraires</b>
70040	<b>Supprimé</b>

Nous sommes désolés des incon vénients que ces modifications auraient pu causer. Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir plus de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec le bureau de la région du Nord au numéro sans frais 1 888 332-9222.

Nous vous remercions de votre collaboration.





Health  
Canada

Santé  
Canada

## NUNAVUT

# Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA Denturologistes

**Date d'entrée en vigueur**  
Le 1<sup>er</sup> mai 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.



NUNAVUT

Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA  
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
<b>EXAMENS</b>					
<i>Standards</i>					
10010	Examen buccal 1 par période de 60 mois	66,95 \$			
10104	Examen d'urgence/ Examen d'un aspect particulier 1 par période de 12 mois	39,14 \$			
<b>PROTHÈSES AMOVIBLES</b>					
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.					
<b>Prothèses complètes</b> 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
31310	Prothèse complète, maxillaire supérieur	784,09 \$			P
31320	Prothèse complète, maxillaire inférieur	784,09 \$			P
31330	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	1 500,00 \$			P
<b>Prothèses complètes</b> Immédiates, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
31311	Prothèse complète, maxillaire supérieur	838,16 \$			P
31331	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	1 676,33 \$			P
<b>Prothèses partielles avec squelette coulé</b> 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses partielles avec selle libre - Standards</i>					
41114	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	784,09 \$	L		P
41124	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	784,09 \$	L		P
41134	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	1 500,00 \$	L		P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41254	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	784,09 \$	L		P
41264	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	784,09 \$	L		P
41274	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	1 500,00 \$	L		P
<b>Prothèses partielles avec squelette coulé</b> Immédiates, avec crochets, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses partielles avec selle libre - Standards</i>					
41115	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	911,17 \$	L		P
41125	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	911,17 \$	L		P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41215	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	911,17 \$	L		P
41225	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	911,17 \$	L		P
<b>Prothèses partielles avec base en acrylique</b> Avec crochets, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41610	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	708,38 \$			P
41620	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	708,38 \$			P
41630	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	1 300,00 \$			P
<b>Prothèses partielles avec base en acrylique</b> Sans crochet, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41612	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	605,64 \$			P
41622	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	605,64 \$			P
41632	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	1 000,00 \$			P

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

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
<b>Prothèses partielles avec base en acrylique</b>					
Immédiates, avec crochets, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41611	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	762,46 \$			P
41621	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	762,46 \$			P
<b>Prothèses partielles avec base en acrylique</b>					
Immédiates, sans crochet, 1 par arcade par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
41613	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	659,72 \$			P
41623	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	659,72 \$			P
<b>Regarnissages</b>					
1 par prothèse par période de 24 mois					
<i>En laboratoire</i>					
32215	Prothèse complète, maxillaire supérieur	248,75 \$			
32225	Prothèse complète, maxillaire inférieur	248,75 \$			
32235	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	450,00 \$			
42210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	248,75 \$			
42220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	248,75 \$			
<b>Rebasages</b>					
1 par prothèse par période de 24 mois					
<i>En laboratoire</i>					
33110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	261,84 \$			
33120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	261,84 \$			
43110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	261,84 \$			
43120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	261,84 \$			
<b>Réparations et ajouts</b>					
1 par prothèse par période de 12 mois					
<i>Sans empreinte</i>					
36110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	48,67 \$	L		
36120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	48,67 \$	L		
46110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	48,67 \$	L		
46120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	48,67 \$	L		
<i>Avec empreinte</i>					
36210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	87,60 \$	L		
36220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	87,60 \$	L		
46210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	87,60 \$	L		
46220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	87,60 \$	L		
<b>Garnissage temporaire thérapeutique</b>					
1 par prothèse par période de 24 mois					
37110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	48,67 \$			
37120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	48,67 \$			
47110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	48,67 \$			
47120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	48,67 \$			
<b>Ajustements</b>					
Plus de trois (3) mois après la mise en bouche					
38110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	43,81 \$			
38120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	43,81 \$			
48110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	43,81 \$			
48120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	43,81 \$			