



Health
Canada

Santé
Canada

ALBERTA

Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA Denturologistes

Date d'entrée en vigueur

Le 1^{er} mai 2011

- 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.

ALBERTA
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
EXAMENS					
<i>Standards</i>					
10010	Examen denturologique 1 par période de 60 mois	53,40 \$			
10104	Examen d'urgence/ Examen spécifique 1 par période de 12 mois	33,15 \$			
PROTHÈSES AMOVIBLES					
Les honoraires réglés pour les prothèses comprennent les ajustements et les modifications au cours des 3 mois qui suivent la mise en bouche. Au cours de cette période, le Programme des SSNA ne couvre aucun acte associé aux prothèses (c.-à-d. les ajustements). Un regarnissage additionnel 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	508,23 \$		370,00 \$	P
31320	Prothèse complète, maxillaire inférieur	508,23 \$		370,00 \$	P
Prothèses complètes Immédiates, 1 par arcade, par période de 96 mois					
<i>Prothèses standards</i>					
31311	Prothèse complète, maxillaire supérieur	508,23 \$		370,00 \$	P
31321	Prothèse complète, maxillaire inférieur	508,23 \$		370,00 \$	P
Combinaison de prothèses complètes et partielles 1 par arcade, par période de 96 mois					
34701	Prothèse compl., maxillaire sup./prothèse part., maxillaire inf.	972,26 \$	L	544,00 \$	P
43701	Prothèse compl., maxillaire inf./prothèse part., maxillaire sup.	972,26 \$	L	544,00 \$	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	541,37 \$	L	394,00 \$	P
41124	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	541,37 \$	L	394,00 \$	P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41254	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	541,37 \$	L	394,00 \$	P
41264	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	541,37 \$	L	394,00 \$	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	461,27 \$		335,00 \$	P
41620	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	461,27 \$		335,00 \$	P
Prothèses partielles avec base en acrylique Sans crochet, 1 par arcade, par période de 96 mois					
<i>Prothèses de transition</i>					
41712	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	180,46 \$		132,00 \$	P
41722	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	180,46 \$		132,00 \$	P

ALBERTA
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
Regarnissages					
1 par prothèse, par période de 24 mois					
<i>Auto polymérisant/Effectué en laboratoire</i>					
32215	Prothèse complète, maxillaire supérieur	151,92 \$		111,00 \$	
32225	Prothèse complète, maxillaire inférieur	151,92 \$		111,00 \$	
42210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	151,92 \$		111,00 \$	
42220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	151,92 \$		111,00 \$	
<i>Direct, au fauteuil</i>					
32418	Prothèse complète, maxillaire supérieur	138,11 \$			
32428	Prothèse complète, maxillaire inférieur	138,11 \$			
42418	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	138,11 \$			
42428	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	138,11 \$			
Rebasages					
1 par prothèse, par période de 24 mois					
<i>Auto polymérisant/Effectué en laboratoire</i>					
33217	Prothèse complète, maxillaire supérieur	177,70 \$		130,00 \$	
33227	Prothèse complète, maxillaire inférieur	177,70 \$		130,00 \$	
33237	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	348,02 \$		186,00 \$	
43217	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	177,70 \$		130,00 \$	
43227	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	177,70 \$		130,00 \$	
43237	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	370,12 \$		197,00 \$	
Réparations et ajouts					
1 par prothèse, par période de 12 mois					
<i>Sans empreinte</i>					
36110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	46,04 \$	L	35,00 \$	
36120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	46,04 \$	L	35,00 \$	
46110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	46,04 \$	L	35,00 \$	
46120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	46,04 \$	L	35,00 \$	
<i>Avec empreinte</i>					
36210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	92,99 \$	L	68,00 \$	
36220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	92,99 \$	L	68,00 \$	
46210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	92,99 \$	L	68,00 \$	
46220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	92,99 \$	L	68,00 \$	
Garnissage temporaire thérapeutique					
1 par prothèse, par période de 24 mois					
37110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	92,99 \$			
37120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	92,99 \$			
47110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	92,99 \$			
47120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	92,99 \$			
Ajustements					
Plus de 3 mois après la mise en bouche					
58110	Prothèses compl., maxil. inf. et sup./Prothèses part., maxil. inf. et sup.	39,59 \$			