



Health
Canada

Santé
Canada

MANITOBA

Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA Denturologistes

Date d'entrée en vigueur

Le 1^{er} septembre 2012

- 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					
Un examen effectué par un denturologiste ne compte pas à l'égard du nombre maximal d'examen admissibles pour un bénéficiaire.					
<i>Prothèses standards</i>					
10010	Examen buccal général 1 par période de 60 mois.	30,96 \$			
10104	Examen d'urgence/ Examen spécifique 1 par période de 12 mois.	15,48 \$			
PROTHÈSES AMOVIBLES					
Les dispositions de la politique concernant les prothèses amovibles du Programme des SSNA doivent être respectées. Veuillez vous reporter au site Web des fournisseurs et des demandes de paiement du Programme des SSNA à l'adresse http://www.provider.express-scripts.ca/ pour en savoir davantage sur les politiques des SSNA en matière de soins dentaires. Les honoraires réglés pour les prothèses comprennent les ajustements et les modifications au cours des trois (3) mois qui suivent la mise en bouche. Les honoraires relatifs aux prothèses complètes comprennent l'agent de conditionnement tissulaire, mais non le regarnissage ou le rebasage effectué en laboratoire.					
Prothèses complètes 1 par arcade, par période de 96 mois.					
<i>Prothèses standards</i>					
31310	Prothèse complète, maxillaire supérieur	484,59 \$		270,00 \$	P
31320	Prothèse complète, maxillaire inférieur	517,84 \$		270,00 \$	P
31330	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	751,82 \$		405,00 \$	P
<i>Prothèses hybrides</i>					
31610	Prothèse complète, maxillaire supérieur	589,10 \$		460,00 \$	P
31620	Prothèse complète, maxillaire inférieur	598,60 \$		480,00 \$	P
31630	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	890,77 \$		705,00 \$	P
Prothèses complètes immédiates 1 par arcade, par période de 96 mois.					
<i>Prothèses standards</i>					
31311	Prothèse complète, maxillaire supérieur	617,61 \$		330,00 \$	P
31321	Prothèse complète, maxillaire inférieur	660,37 \$		330,00 \$	P
31331	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	958,48 \$		495,00 \$	P
Combinaison de prothèses complètes et partielles 1 par arcade, par période de 96 mois.					
34701	Prothèse compl., maxillaire sup./prothèse part., maxillaire inf.	1 003,37 \$	L	544,00 \$	P
43701	Prothèse compl., maxillaire inf./prothèse part., maxillaire sup.	1 003,37 \$	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	522,59 \$	L	440,00 \$	P
41124	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	536,85 \$	L	440,00 \$	P
41134	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	794,58 \$	L	660,00 \$	P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41254	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	448,48 \$	L	482,00 \$	P
41264	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	470,33 \$	L	482,00 \$	P
41274	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	689,11 \$	L	723,00 \$	P
Prothèses partielles, base en acrylique avec crochets 1 par arcade, par période de 96 mois.					
<i>Prothèses standards</i>					
41610	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	484,59 \$		300,00 \$	P
41620	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	503,59 \$		300,00 \$	P
41630	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	741,13 \$		450,00 \$	P

MANITOBA
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
<i>Prothèses de transition</i>					
41710	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	342,06 \$		220,00 \$	P
41720	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	342,06 \$		220,00 \$	P
41730	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	513,09 \$		330,00 \$	P
Prothèses partielles, base en acrylique, sans crochets 1 par arcade, par période de 96 mois.					
<i>Prothèses standards</i>					
41612	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	446,58 \$		250,00 \$	P
41622	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	479,83 \$		250,00 \$	P
41632	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	718,02 \$		375,00 \$	P
<i>Prothèses de transition</i>					
41712	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	342,06 \$		220,00 \$	P
41722	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	342,06 \$		220,00 \$	P
41732	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	513,09 \$		330,00 \$	P
Regarnissages 1 par prothèse, par période de 24 mois.					
<i>Effectuée en laboratoire; empreinte fonctionnelle</i>					
32110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	155,82 \$		86,00 \$	
32120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	155,82 \$		86,00 \$	
32130	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	296,07 \$		163,40 \$	
42116	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	155,82 \$		86,00 \$	
42126	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	155,82 \$		86,00 \$	
42136	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	296,07 \$		163,40 \$	
<i>Auto-polymérisant; effectué en laboratoire</i>					
32215	Prothèse complète, maxillaire supérieur	155,82 \$		86,00 \$	
32225	Prothèse complète, maxillaire inférieur	155,82 \$		86,00 \$	
32235	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	296,06 \$		163,40 \$	
42210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	155,82 \$		86,00 \$	
42220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	155,82 \$		86,00 \$	
42230	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	296,06 \$		163,40 \$	
<i>Au fauteuil</i>					
32316	Prothèse complète, maxillaire supérieur	124,47 \$			
32326	Prothèse complète, maxillaire inférieur	134,92 \$			
32336	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	246,42 \$			
32418	Prothèse complète, maxillaire supérieur	142,53 \$			
32428	Prothèse complète, maxillaire inférieur	142,53 \$			
32438	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	270,81 \$			
42316	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	133,97 \$			
42326	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	209,03 \$			
42336	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	325,85 \$			
42418	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	142,53 \$			
42428	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	142,53 \$			
42438	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	333,99 \$			
<i>Photo-polymérisant</i>					
32410	Prothèse complète, maxillaire supérieur	209,03 \$			
32420	Prothèse complète, maxillaire inférieur	209,03 \$			
32430	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	397,17 \$			
42416	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	209,03 \$			
42426	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	209,03 \$			
42436	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	397,17 \$			

MANITOBA
Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA
DENTUROLOGISTES

Code	Service	Honoraires	Laboratoire commercial	Laboratoire interne	PD
Rebasages					
1 par prothèse, par période de 24 mois.					
<i>Effectuée en laboratoire; empreinte fonctionnelle</i>					
33117	Prothèse complète, maxillaire supérieur	256,54 \$		160,00 \$	
33127	Prothèse complète, maxillaire inférieur	256,54 \$		160,00 \$	
33137	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	487,43 \$		304,00 \$	
43116	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	256,54 \$		160,00 \$	
43126	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	256,54 \$		160,00 \$	
43136	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	487,43 \$		304,00 \$	
<i>Auto-polymérisant, effectué en laboratoire</i>					
33217	Prothèse complète, maxillaire supérieur	173,88 \$		90,00 \$	
33227	Prothèse complète, maxillaire inférieur	185,29 \$		96,00 \$	
33237	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	359,16 \$		186,00 \$	
43217	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	185,29 \$		96,00 \$	
43227	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	196,68 \$		101,00 \$	
43237	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	381,96 \$		197,00 \$	
Réparations et ajouts					
1 par prothèse, par période de 12 mois.					
<i>Sans empreinte</i>					
36110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	42,76 \$	L	35,00 \$	
36120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	42,76 \$	L	35,00 \$	
46110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	42,76 \$	L	35,00 \$	
46120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	42,76 \$	L	35,00 \$	
<i>Avec empreinte</i>					
36210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	68,41 \$	L	38,00 \$	
36220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	68,41 \$	L	38,00 \$	
46210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	68,41 \$	L	38,00 \$	
46220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	68,41 \$	L	38,00 \$	
<i>Dent / Crochet additionnel</i>					
46310	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	42,76 \$	L	35,00 \$	
46320	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	42,76 \$	L	35,00 \$	
Regarnissage temporaire					
1 par prothèse, par période de 24 mois.					
37110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	76,02 \$			
37120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	76,02 \$			
47110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	82,56 \$		73,66 \$	
47120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	82,56 \$		73,66 \$	
Ajustements					
Plus de 3 mois après la mise en bouche.					
58110	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur; prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur (une unité de temps)	40,86 \$			
Travaux de laboratoire					
98888	Laboratoire du cabinet dentaire	C.S.			P
98889	Laboratoire commercial	C.S.			P