



Health
Canada

Santé
Canada

YUKON

Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA

Denturologistes

Date d'entrée en vigueur
Le 1^{er} avril 2014

- 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.
- Veuillez vous reporter au *Guide concernant les prestations dentaires du Programme des SSNA* pour obtenir plus de renseignements sur les politiques, les lignes directrices et les critères relatifs aux soins dentaires admissibles dans le cadre du Programme des SSNA.
- Veuillez vous reporter à la *Trousse de soumission des demandes de paiement pour soins dentaires* pour obtenir plus de renseignements sur les modalités de soumission d'une demande de paiement dans le cadre du Programme des SSNA.

Frais de laboratoire

- Lettres de confirmation de prédétermination

Frais de laboratoire interne et frais de laboratoire commercial : Les caractères « + L » figureront sur la lettre de confirmation de prédétermination si les frais de laboratoire commercial ou les frais de laboratoire interne sont admissibles.

- Demandes de paiement

Les frais de laboratoire interne ne seront plus réglés automatiquement. Lorsque vous soumettez une demande de paiement pour des codes d'acte qui comportent des frais de laboratoire interne ou commercial qui sont admissibles dans le cadre du Programme des SSNA, veuillez soumettre le code d'acte correspondant aux frais de laboratoire conjointement avec le code d'acte correspondant aux honoraires professionnels. S'il s'agit de frais de laboratoire interne, indiquez le code d'acte (98888) et s'il s'agit de frais de laboratoire commercial, indiquez le code d'acte (98889).

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

YUKON
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.					
10010	Examen buccal général 1 par période de 60 mois	73,25 \$			
10104	Examen d'urgence/ Examen spécifique 1 par période de 12 mois	42,82 \$			
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 3 mois qui suivent la mise en bouche. Au cours de cette période, le Programme des SSNA ne couvre aucun acte associé aux prothèses. Les honoraires relatifs aux prothèses complètes comprennent l'agent de conditionnement tissulaire, mais non le regarnissage ou le rebasage effectué en laboratoire. Le coût global de remplacement d'une prothèse amovible peut être réduit lorsqu'une demande pour un regarnissage ou un rebasage a été réglée dans les trois mois précédant la demande.					
Prothèses complètes 1 par arcade, par période de 96 mois.					
<i>Prothèses standards</i>					
31310	Prothèse complète, maxillaire supérieur	535,31 \$		332,05 \$	
31320	Prothèse complète, maxillaire inférieur	535,31 \$		332,05 \$	
31330	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	802,97 \$		498,08 \$	
<i>Prothèses hybrides</i>					
31610	Prothèse complète, maxillaire supérieur	535,31 \$		332,05 \$	P
31620	Prothèse complète, maxillaire inférieur	535,31 \$		332,05 \$	P
31630	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	802,97 \$		498,08 \$	P
Prothèses complètes immédiates 1 par arcade, par période de 96 mois.					
<i>Prothèses standards</i>					
31311	Prothèse complète, maxillaire supérieur	535,31 \$		332,05 \$	P
31321	Prothèse complète, maxillaire inférieur	535,31 \$		332,05 \$	P
31331	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	802,97 \$		498,08 \$	P
Combinaison de prothèses complètes et partielles 1 par arcade, par période de 96 mois.					
34701	Prothèse compl., maxillaire sup./prothèse part., maxillaire inf.	1 039,82 \$	L	553,79 \$	P
43701	Prothèse compl., maxillaire inf./prothèse part., maxillaire sup.	1 039,82 \$	L	553,79 \$	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	535,31 \$	L	332,05 \$	P
41124	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	535,31 \$	L	332,05 \$	P
41134	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	802,97 \$	L	498,08 \$	P
<i>Prothèses partielles sans selle libre - Standards</i>					
41254	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	535,31 \$	L	332,05 \$	P
41264	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	535,31 \$	L	332,05 \$	P
41274	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	802,97 \$	L	498,08 \$	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	389,93 \$		207,67 \$	P
41620	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	389,93 \$		207,67 \$	P
41630	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	584,90 \$		311,51 \$	P

YUKON
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	243,85 \$		143,54 \$	P
41720	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	243,85 \$		143,54 \$	P
41730	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	366,30 \$		215,31 \$	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	289,66 \$		179,68 \$	P
41622	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	289,66 \$		179,68 \$	P
41632	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	434,96 \$		296,52 \$	P
<i>Prothèses de transition</i>					
41712	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	192,99 \$		134,38 \$	P
41722	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	192,99 \$		134,38 \$	P
41732	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	289,50 \$		201,56 \$	P
Regarnissages 1 par prothèse, par période de 24 mois.					
<i>Effectuée en laboratoire; empreinte fonctionnelle</i>					
32110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	133,47 \$		82,79 \$	
32120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	133,47 \$		82,79 \$	
32130	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	253,58 \$		157,31 \$	
42116	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	133,47 \$		82,79 \$	
42126	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	133,47 \$		82,79 \$	
42136	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	253,58 \$		157,31 \$	
<i>Auto-polymérisant, effectué en laboratoire</i>					
32215	Prothèse complète, maxillaire supérieur	146,71 \$		77,37 \$	
32225	Prothèse complète, maxillaire inférieur	146,71 \$		77,37 \$	
32235	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	220,07 \$		116,06 \$	
42210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	146,71 \$		77,37 \$	
42220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	146,71 \$		77,37 \$	
42230	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	220,07 \$		116,06 \$	
<i>Au fauteuil</i>					
32316	Prothèse complète, maxillaire supérieur	128,99 \$			
32326	Prothèse complète, maxillaire inférieur	128,99 \$			
32336	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	245,08 \$			
32418	Prothèse complète, maxillaire supérieur	133,68 \$			
32428	Prothèse complète, maxillaire inférieur	133,68 \$			
32438	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	254,00 \$			
42316	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	138,83 \$			
42326	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	138,83 \$			
42336	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	254,00 \$			
42418	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	133,68 \$			
42428	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	133,68 \$			
42438	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	254,00 \$			
<i>Photo-polymérisant</i>					
32410	Prothèse complète, maxillaire supérieur	180,20 \$			
32420	Prothèse complète, maxillaire inférieur	180,20 \$			
32430	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	342,38 \$			
42416	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	189,05 \$			
42426	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	189,05 \$			
42436	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	359,20 \$			

YUKON
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	196,93 \$		122,16 \$	
33127	Prothèse complète, maxillaire inférieur	196,93 \$		122,16 \$	
33137	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	374,19 \$		232,10 \$	
43116	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	303,86 \$		188,48 \$	
43126	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	303,86 \$		188,48 \$	
43136	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	577,33 \$		358,12 \$	
<i>Auto-polymérisant, effectué en laboratoire</i>					
33217	Prothèse complète, maxillaire supérieur	180,20 \$		91,62 \$	
33227	Prothèse complète, maxillaire inférieur	180,20 \$		91,62 \$	
33237	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur	342,38 \$		174,08 \$	
43217	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	192,03 \$		97,73 \$	
43227	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	192,03 \$		97,73 \$	
43237	Prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur	364,86 \$		185,69 \$	
Réparations et ajouts					
1 par prothèse, par période de 12 mois.					
<i>Sans empreinte</i>					
36110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	66,25 \$			
36120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	66,25 \$			
46110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	66,25 \$			
46120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	66,25 \$			
<i>Avec empreinte</i>					
36210	Prothèse complète, maxillaire supérieur	130,16 \$			
36220	Prothèse complète, maxillaire inférieur	130,16 \$			
46210	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	130,16 \$	L		
46220	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	130,16 \$	L		
<i>Dent / Crochet additionnel</i>					
46310	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	130,16 \$			
46320	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	130,16 \$			
Garnissage temporaire thérapeutique					
1 par prothèse, par période de 24 mois.					
37110	Prothèse complète, maxillaire supérieur	98,47 \$			
37120	Prothèse complète, maxillaire inférieur	98,47 \$			
47110	Prothèse partielle, maxillaire supérieur	98,47 \$			
47120	Prothèse partielle, maxillaire inférieur	98,47 \$			
Ajustements					
58110	Prothèses complètes, maxillaires inférieur et supérieur; prothèses partielles, maxillaires inférieur et supérieur) (une unité de temps).	42,35 \$			
Travaux de laboratoire					
98888	Laboratoire du cabinet dentaire	C.S.			P
98889	Laboratoire commercial	C.S.			P