

Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario à l'intention des dentistes

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016

Mise à jour : 1^{er} janvier 2019



Droits d'auteur

Les honoraires figurant dans le *Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario* ont été fixés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'Association dentaire canadienne est titulaire des droits d'auteur et d'autres droits de propriété intellectuelle relatifs au *Guide du système de codification standard et du répertoire des services* et l'Association dentaire de l'Ontario, des droits d'auteur et d'autres droits de propriété intellectuelle relatifs aux documents *ODA Suggested Fee Guide for General Practitioners* (guide des honoraires des omnipraticiens suggérés par l'Association) et *ODA Table of Benefits* (liste des prestations de l'Association).

Avis de non-responsabilité

Le *Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario à l'intention des dentistes* ne vise pas à déterminer le champ d'exercice des dentistes en Ontario et ne doit pas être utilisé à cette fin. Il s'agit d'un outil administratif distribué aux dentistes afin qu'ils puissent dispenser des services aux clients du programme Beaux sourires Ontario et facturer les services fournis. Toute question concernant le champ d'exercice des dentistes en Ontario doit être adressée à l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario.

Table des matières

Le Guide expliqué	6
Programme Beaux sourires Ontario	6
Admissibilité au programme Beaux sourires Ontario	6
Volet Services de base	6
Volet Soins essentiels et d'urgence (volet SEU).....	7
Inscription au programme.....	9
Volet Services de base	9
Volet Soins essentiels et d'urgence (volet SEU).....	10
Durée de l'admissibilité	12
Volet Services de base	12
Volet Soins essentiels et d'urgence	12
Vérification de l'admissibilité : Carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario	12
Volet Services de base	12
Volet Soins essentiels et d'urgence	12
Régime de soins dentaires spéciaux.....	13
Consultations aux urgences après les heures normales de travail	15
Préautorisations	19
Soumission des demandes d'indemnisation pour soins dentaires	20
Traitement et règlement des demandes d'indemnisation	22
Taux de remboursement	22
Coordination des prestations.....	23
Fournisseurs de services autorisés.....	23
Aiguillage vers d'autres fournisseurs et spécialistes	23
Responsabilités de l'administrateur du programme (Accerta)	23
Coordonnées de l'administrateur du programme	24
Responsabilités du bureau de santé publique local	25
Coordonnées des bureaux de santé publique.....	25
1. Services de diagnostic	27
2. Services de prévention.....	32
3. Services de restauration.....	38
4. Services endodontiques	55
5. Services parodontaux.....	59

6. Prothèses amovibles	66
7. Prosthodontie – fixe.....	69
8. Chirurgie buccale et maxillo-faciale.....	70
9. Services généraux complémentaires	74

Le Guide expliqué

Le Guide énumère les services qui sont assurés et admissibles à un remboursement en vertu du programme Beaux sourires Ontario pour les dentistes reconnus par l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario. Des limites précises sont fixées, s'il y a lieu, dans la colonne « Limite ». Certains services doivent préalablement être autorisés; la mention « Autorisation préalable requise » figure alors en gras dans la colonne « Limite » du Guide. Les critères d'autorisation préalable sont également décrits dans cette même colonne.

Le présent Guide comprend en outre des services et des limites propres au Régime de soins dentaires spéciaux (RSDS). Les services et limites du RSDS sont indiqués dans un encadré en gras sur fond ombré portant la mention « RSDS ».

Programme Beaux sourires Ontario

Le programme Beaux sourires Ontario offre des soins dentaires gratuits aux enfants et aux jeunes admissibles âgés de 17 ans et moins. En vue de répondre à un continuum de besoins en matière de santé buccodentaire au sein de la population admissible, il comprend trois volets :

- le volet Services de base;
- le volet Soins essentiels et d'urgence;
- le volet Soins préventifs (dispensé par l'intermédiaire des cliniques des bureaux de santé publique).

Admissibilité au programme Beaux sourires Ontario

Volet Services de base

Les enfants de familles à faible revenu sont admissibles au programme Beaux sourires Ontario s'ils :

- sont âgés de 17 ans ou moins;
- résident en Ontario;
- font partie d'un ménage dont le revenu familial net rajusté est égal ou inférieur au niveau auquel ils se qualifieraient pour au moins 90 % de la Prestation ontarienne pour enfants maximale.

L'admissibilité sur le plan du revenu repose sur le revenu familial net rajusté du ménage, comme c'est le cas pour la Prestation ontarienne pour enfants (POE), et s'ajuste en fonction du nombre d'enfants à charge.

De plus, les bénéficiaires de l'aide sociale ou les enfants de familles recevant des prestations d'aide sociale qui sont âgés de 17 ans et moins seront automatiquement inscrits au programme Beaux sourires Ontario. Sont visés, plus précisément, les enfants de 17 ans et moins bénéficiaires :

- d'une aide financière de base ou de prestations complémentaires pour services de santé dans le cadre du programme Ontario au travail (y compris les bénéficiaires d'une aide pour soins temporaires, sans toutefois tenir compte de l'aide en cas d'urgence);
- du soutien du revenu ou des prestations pour services de santé complémentaires ou de la prestation de santé transitoire du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées;
- de l'Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (enfant recevant la prestation uniquement).

Les enfants de familles possédant d'autres assurances ne sont pas exclus; ils doivent cependant se prévaloir de leurs autres assurances dentaires avant de se tourner vers le programme Beaux sourires Ontario.

Volet Soins essentiels et d'urgence (volet SEU)

Le programme Beaux sourires Ontario comprend le volet Soins essentiels et d'urgence (volet SEU), destiné à répondre aux besoins dentaires essentiels et (ou) d'urgence. L'admissibilité au volet SEU est déterminée par l'évaluation clinique et l'attestation de difficultés financières par l'enfant ou le parent/tuteur.

I. Admissibilité clinique

On diagnostique chez l'enfant une affection dentaire exigeant la prestation de services essentiels ou d'urgence :

Services d'urgence : Le patient présente une douleur, une infection, une hémorragie, un traumatisme ou une pathologie qui nécessite un traitement clinique immédiat.

Services essentiels : Le patient présente des restaurations perdues, des caries dans la dentine, des affections parodontales ou une pathologie qui, sans traitement, entraîneront une hémorragie, de la douleur ou une infection nécessitant un traitement clinique immédiat.

Où :

- la douleur est définie comme une ou plusieurs affections causant actuellement de la douleur ou ayant causé de la douleur dans la dernière semaine (excluant les douleurs liées à l'exfoliation et/ou à l'éruption de dents);
- l'infection est définie comme des abcès et (ou) des affections aiguës des gencives nécessitant un traitement clinique immédiat (p. ex., gingivite ulcéro-nécrotique);
- l'hémorragie est définie comme une perte de sang soudaine ou importante associée à un traumatisme des tissus bucco-faciaux;
- le traumatisme est défini comme une blessure aux tissus bucco-faciaux qui nécessite un traitement clinique;

- les caries sont définies comme des lésions carieuses ouvertes dans la dentine. Les lésions devraient être suffisamment évidentes pour que le parent ou le tuteur les voie facilement. Les lésions devraient être équivalentes à celles du Système international de détection et d'évaluation des lésions carieuses codées 5 ou 6¹.
- les affections parodontales sont définies comme des affections des structures du parodonte non réversibles par une hygiène buccale adéquate et exigeant le recours à des traitements cliniques;
- une pathologie est définie comme toute affection pathologique précise des tissus bucco-faciaux pour laquelle des examens sont nécessaires à des fins de diagnostic et de traitement clinique².

II. Admissibilité financière

Le revenu de l'enfant / l'adolescent ou de la famille équivaut à un niveau auquel ceux-ci recevraient la Prestation ontarienne pour enfants;

OU

L'enfant / l'adolescent ou la famille connaîtrait des « difficultés financières » si la prestation des services dentaires essentiels entraînait l'une ou l'autre des situations suivantes :

- l'incapacité de payer le loyer / l'hypothèque;
- l'incapacité de payer les comptes du ménage;
- l'incapacité d'acheter des denrées alimentaires pour la famille;
- l'obligation, pour l'enfant / l'adolescent ou la famille, de faire appel aux services d'une banque alimentaire.

Les enfants et les jeunes qui satisfont aux critères d'admissibilité au volet SEU seront inscrits par le bureau de santé publique ou par un fournisseur rémunéré à l'acte. La majorité des enfants verront leur admissibilité déterminée et seront inscrits par les bureaux de santé publique locaux; dans certaines circonstances, cependant, un enfant pourrait être désigné par un fournisseur rémunéré à l'acte (en dehors des heures de bureau, par exemple). Si le fournisseur en question procède à un examen pour déterminer l'admissibilité clinique au volet SEU, il sera remboursé pour un examen d'urgence ou examen particulier.

- Si l'enfant est jugé admissible sur le plan clinique au volet SEU, l'enfant ou son parent/tuteur peut remplir un formulaire de demande pour le volet SEU, attestant notamment les difficultés financières. De plus amples détails sur l'inscription au volet SEU sont fournis à la page 10, ci-après.

¹ Fondation ICDAS. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) [Internet]. Leeds, RU: Fondation ICDAS; c2017 [cité le 29 déc. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <https://iccms-web.com/content/icdas>

² Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations, 6e édition. St. Louis, MO: Elsevier; 2012.

- Si l'enfant est jugé non admissible sur le plan clinique au volet SEU (c'est-à-dire qu'il ne présente pas d'affection dentaire nécessitant ce type de soins), l'enfant ou son parent/tuteur n'a pas à attester les difficultés financières sur le formulaire de demande d'inscription au volet SEU. Le fournisseur doit indiquer sur le formulaire de demande d'inscription au volet SEU que l'enfant / le jeune n'était pas admissible. Il doit ensuite transmettre le formulaire de demande à Accerta (par la poste ou par télécopieur sécurisé). Accerta répondra en fournissant un identifiant pour permettre la facturation de l'examen.

Les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU ont accès à l'ensemble de la gamme de services assurés énoncés dans le *Guide des services*. Ils auront 12 mois à compter de la date d'inscription ou jusqu'à leur 18^e anniversaire pour recevoir leur traitement (selon la première éventualité), comme en fera foi la date d'expiration au recto de leur carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario. Les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU ne seront pas *automatiquement* réévalués chaque année, mais peuvent présenter une nouvelle demande.

Remarque : Les enfants et les jeunes qui se présentent en dehors des heures de bureau avec une urgence dentaire et qui satisfont aux critères cliniques et financiers pour le volet SEU sont assurés pour une gamme de soins d'urgence limitée jusqu'à leur « pleine » inscription (qui ne peut être effectuée que durant les heures de bureau, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h). Voir « Consultations aux urgences après les heures normales de travail » à la page 15 pour plus de détails.

Inscription au programme

Volet Services de base

Les demandeurs d'assurance dentaire au titre du programme Beaux sourires Ontario (l'enfant ou le parent/tuteur) doivent remplir un formulaire de demande et le soumettre au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Il existe deux façons de faire une demande :

1. au moyen d'un portail permettant de faire une demande en ligne à l'adresse www.ontario.ca/healthysmiles (anglais) ou www.ontario.ca/beauxsourires (français). Pour remplir la demande, il faut signer et soumettre un formulaire de consentement;

2. en postant un formulaire de demande d'inscription à Beaux sourires Ontario. Les demandeurs peuvent télécharger les formulaires à partir du site Web de Beaux sourires Ontario à l'adresse www.ontario.ca/healthysmiles (anglais) ou www.ontario.ca/beauxsourires (français) ou obtenir des formulaires de demande au bureau de santé publique ou au bureau de Service Ontario de leur région. Les formulaires de demande dûment remplis doivent être envoyés à :

Beaux sourires Ontario
33, rue King Ouest
C.P. 645
Oshawa (Ontario)
L1H 8X1

Les demandeurs recevront un avis par la poste lorsque leur demande aura été traitée.

Une fois qu'un enfant ou un jeune est inscrit au programme Beaux sourires Ontario, son admissibilité est évaluée automatiquement chaque année de prestations, et des avis annuels sont envoyés au client concernant l'état de son inscription. L'année de prestations complète commence le 1^{er} août et prend fin le 31 juillet de chaque année. Il est possible d'envoyer une demande en tout temps pendant l'année.

Les bénéficiaires de l'aide sociale admissibles ou les enfants de familles recevant des prestations d'aide sociale qui sont âgés de 17 ans et moins seront automatiquement inscrits au programme Beaux sourires Ontario.

Volet Soins essentiels et d'urgence (volet SEU)

Une fois qu'un enfant a fait l'objet d'un diagnostic d'affection dentaire nécessitant des soins d'urgence et (ou) essentiels, il peut présenter une demande d'inscription au volet SEU du programme Beaux sourires Ontario. Les demandeurs doivent remplir un formulaire de demande d'inscription au volet SEU et attester leurs difficultés financières (voir définition à la page 8). Le volet SEU vise à assurer qu'on ne refuse des soins dentaires d'urgence ou essentiels à aucun enfant en raison d'une incapacité de payer.

Les demandeurs peuvent s'inscrire au volet SEU au bureau de santé publique de leur région ou auprès d'un fournisseur de soins dentaires rémunéré à l'acte. On prévoit que la majorité des enfants verront leur admissibilité déterminée et seront inscrits par les bureaux de santé publique locaux; dans certaines circonstances, cependant, un enfant pourrait être désigné par un fournisseur rémunéré à l'acte et (ou) peut demander des services directement dans un cabinet dentaire.

Un enfant ou un jeune doit répondre aux critères d'admissibilité clinique et financière pour le volet SEU. On demande aux fournisseurs d'évaluer l'enfant / le jeune aux fins d'admissibilité clinique et de l'aider, ainsi que sa famille, à remplir le formulaire de demande d'inscription au volet SEU qui comprend l'attestation de difficultés financières.

Les formulaires de demande d'inscription au volet SEU seront accessibles en ligne à l'adresse www.ontario.ca/healthsmiles (anglais) ou www.ontario.ca/beauxsourires (français) à partir du 1^{er} janvier 2016.

Les formulaires de demande d'inscription au volet SEU doivent être envoyés par la poste ou par télécopieur sécurisé à Accerta aux fins de traitement.

AccertaClaim Servcorp Inc.
InfoCentre Beaux sourires Ontario
C.P. 2286, succursale P
Toronto (Ontario)
M5S 3J8

Télécopieur sécurisé : 416 354-2354 ou 1 800 258-3392 (sans frais).

L'administrateur du programme évaluera et confirmera l'admissibilité le plus rapidement possible. Les formulaires de demande soumis qui n'exigent aucun éclaircissement, suivi et (ou) renseignement supplémentaire seront traités dans les 15 minutes suivant leur réception par télécopieur pendant les heures d'ouverture de l'InfoCentre d'Accerta (du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h). Si un formulaire de demande d'inscription au volet SEU est reçu hors des heures d'ouverture normales, la demande sera traitée à la reprise des heures régulières, et une réponse comprenant une décision quant à l'admissibilité sera transmise au fournisseur dans un délai de un jour ouvrable.

Une fois l'inscription confirmée et le fournisseur averti par télécopieur ou par téléphone, le fournisseur peut aller de l'avant avec le traitement. Accerta enverra au client une carte dentaire Beaux sourires Ontario par la poste. Le fournisseur de soins dentaires peut également choisir d'informer le client du résultat de sa demande.

Les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU ont accès à l'ensemble de la gamme de services assurés énoncés dans le *Guide des services*. Ils auront 12 mois à compter de la date d'inscription ou jusqu'à leur 18^e anniversaire pour recevoir leur traitement (selon la première éventualité), comme en fera foi la date d'expiration au recto de leur carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario. Les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU ne seront pas automatiquement réévalués chaque année. Ils peuvent toutefois présenter une nouvelle demande.

Dans les situations [dont le nombre devrait être limité] où un fournisseur rémunéré à l'acte procède à un examen pour déterminer l'admissibilité clinique au volet SEU et où l'enfant / le jeune est jugé non admissible sur le plan clinique, le fournisseur sera tout de même remboursé pour un examen d'urgence ou examen particulier. Le fournisseur doit indiquer sur le formulaire de demande d'inscription au volet SEU que l'enfant / le jeune n'était pas admissible sur le plan clinique. Il doit ensuite transmettre le formulaire de demande à Accerta (par la poste ou par télécopieur sécurisé). Accerta répondra en fournissant un identifiant pour permettre la facturation de l'examen.

Durée de l'admissibilité

Volet Services de base

Chaque carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario est émise pour une année de prestations complète (du 1^{er} août au 31 juillet) ou jusqu'à la date du 18^e anniversaire du client (selon la première éventualité), comme indique la date d'expiration au recto de la carte. L'inscription est automatiquement réévaluée chaque année.

Volet Soins essentiels et d'urgence

La durée de l'admissibilité au volet SEU correspond à une période continue de 12 mois à partir de la date d'inscription. Les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU ont 12 mois à compter de la date d'inscription ou jusqu'à leur 18^e anniversaire pour recevoir leur traitement (selon la première éventualité), comme en fera foi la date d'expiration de leur carte dentaire. Une fois inscrits, les enfants et les jeunes seront admissibles à recevoir les services nécessaires pour traiter leurs affections dentaires nécessitant des soins d'urgence et (ou) essentiels. Les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU ne seront pas réévalués chaque année, mais peuvent présenter une nouvelle demande.

Vérification de l'admissibilité : Carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario

Une fois qu'un client a été jugé admissible au programme, une carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario sera émise et envoyée par la poste.

Volet Services de base




Les cartes pour les enfants et les jeunes inscrits au volet Services de base sont valides pendant une période pouvant aller jusqu'à une année de prestations (1^{er} août au 31 juillet) à partir de la date d'inscription et expireront à la fin de chaque année de prestations (31 juillet) ou au 18^e anniversaire du bénéficiaire (selon la première éventualité), comme l'indique la date d'expiration au recto de la carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario.

Volet Soins essentiels et d'urgence

Les cartes pour les enfants et les jeunes inscrits au volet SEU sont valides pendant 12 mois à partir de la date d'inscription ou expireront au 18^e anniversaire du bénéficiaire (selon la première éventualité), comme l'indique la date d'expiration au recto de la carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario.

La carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario est non transférable, et seul l'enfant inscrit peut l'utiliser. Les clients doivent présenter leur carte dentaire au fournisseur de soins dentaires à chaque visite afin d'obtenir des services. Les fournisseurs de soins dentaires fourniront des services dans le cadre du programme Beaux sourires Ontario seulement si une carte dentaire valide est présentée.

Un exemple de carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario est présenté ci-dessous.

 	<p>JANE DOE 123456 CLIENT ID / No. D'IDENTIFICATION DU CLIENT</p> <p>YYYY - MM - DD EXPIRY DATE / DATE D'EXPIRATION</p> <p>HSO PLAN ID / No. D'IDENTIFICATION DU RÉGIME</p>	<p>This card is the property of the Ministry of Health and Long-Term Care and must be returned on demand. It signifies that you are eligible for no-cost dental services under the Healthy Smiles Ontario Program until the 'Expiry Date' shown on the front of this card. You are not responsible for paying for services rendered by dental providers under the Program. You must present this card to all dental providers in order to obtain services under the Healthy Smiles Ontario Program. This card is non-transferable, and is void if lost/stolen.</p> <p>Cette carte appartient au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et doit être retournée sur demande. Cela signifie que vous êtes admissible à des services dentaires gratuits en vertu du Programme Beaux sourires Ontario jusqu'à la date d'expiration qui apparaît au recto de cette carte. Vous n'avez pas à payer les services fournis par des fournisseurs de soins dentaires dans le cadre de ce Programme. Vous devez présenter cette carte à tous les fournisseurs de soins dentaires afin d'obtenir des services dans le cadre du Programme Beaux sourires Ontario. Cette carte est non transférable et elle devient non valide en cas de perte ou de vol.</p> <p>Providers: For EDI claims, please submit to Accerta using Carrier ID 311140</p> <p>Fournisseurs : Veuillez soumettre les demandes d'échange de données informatisées (EDI) à Accerta au moyen du No d'identification du titulaire 311140.</p>
	<p>Questions? Des Questions?</p>	<p>1.844.296.6306 TTY 1.800.387.5559 ontario.ca/healthysmiles ontario.ca/beauxsourires</p>

En cas de mauvaise utilisation d'une carte dentaire par le client, Accerta annulera immédiatement la couverture de l'enfant en vertu du programme et pourrait demander directement au client un remboursement pour les services fournis. Accerta est alors responsable d'avertir le fournisseur de soins dentaires que le client n'est plus admissible aux services dentaires en vertu du programme. Les demandes de remboursement présentées de bonne foi avant cette date seront traitées.

Si la carte est perdue ou volée, le client et (ou) le parent/tuteur doit appeler sans frais la ligne INFO de ServiceOntario au 1 844 296-6306 (Canada). Les utilisateurs d'un ATS peuvent appeler au 416 327-4282 (ATS RGT) ou composer sans frais le 1 800 387-5559 (ATS Canada).

Régime de soins dentaires spéciaux

Le Régime de soins dentaires spéciaux offre une assurance pour d'autres services et (ou) limites de fréquence applicables aux clients du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) et de l'Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG), dont l'état médical et (ou) psychosocial, ou un médicament ou un traitement médical qui leur est prescrit a une incidence sur leur santé buccale et (ou) un traitement dentaire, ou dont la santé buccale a une incidence sur leur état médical et (ou) psychosocial et (ou) leur traitement médical.

Les services et limites du RSDS sont indiqués dans un encadré en gras sur fond ombré portant la mention « RSDS ». Les services du RSDS comprennent les suivants :

- Examens de rappel supplémentaires (01202)
- Polissage supplémentaire (11101, 11107)
- Détartrage / surfaçage radiculaire supplémentaire (11111-11119, 43421-43429)
- Traitement au fluorure supplémentaire (12111, 12112, 12113)
- Application topique supplémentaire aux lésions des tissus durs d'agents antimicrobiens ou reminéralisants (13601)
- Fluorure, gouttières personnalisées (12601, 12602)
- Gouttières parodontales (14611-14612)
- Couronnes (27211, 27215, 27301)
- Chirurgie parodontale, greffes, tissus mous (42511, 42521, 42531, 42551, 42552, 42561)

Un fournisseur traitant peut soumettre une demande d'inscription d'un enfant au RSDS au moyen d'un formulaire préalable au traitement dentaire standard, qui doit comprendre ce qui suit :

- le nom, l'adresse et le numéro d'identification unique du dentiste;
- la signature du dentiste (effectuée avec le sceau de vérification de bureau émis par l'Association dentaire de l'Ontario);
- le nom du client et le numéro de la carte du programme Beaux sourires Ontario;
- l'état médical et (ou) psychosocial, le médicament prescrit ou le traitement médical qui a une incidence sur la santé buccale ET (OU) l'état de santé qui a une incidence sur l'état médical et (ou) psychosocial et (ou) le traitement médical;
- le cas échéant, une liste des documents à l'appui fournis (p. ex., lettre du médecin ou du spécialiste, etc.).

La demande d'inscription doit clairement indiquer « RSDS » et doit être soumise par le fournisseur à Accerta, avec tous les documents à l'appui. Accerta examinera la demande et les documents à l'appui. Une réponse sera donnée par téléphone ou par télécopieur dans un délai de deux jours ouvrables à partir de la date de réception de la demande de préautorisation.

Une fois qu'Accerta a confirmé l'admissibilité, les clients du RSDS peuvent recevoir des services du RSDS (selon les limites applicables) prévus dans le Guide pendant une période pouvant aller jusqu'à cinq ans ou jusqu'à leur 18^e anniversaire, tant qu'ils continuent d'être admissibles au programme Beaux sourires Ontario. Pour les clients du RSDS qui ont besoin de couronnes (codes 27211, 27215 et 27301), les fournisseurs doivent désigner ou énumérer les critères de préautorisation décrits dans la colonne « Limite ».

Avant l'arrivée à échéance de l'admissibilité de l'enfant au RSDS, Accerta informera les fournisseurs qu'ils doivent soumettre une nouvelle demande de préautorisation en vertu du RSDS.

Consultations aux urgences après les heures normales de travail

Une situation d'urgence après les heures normales de travail se produit lorsqu'un enfant non inscrit au programme Beaux sourires Ontario se présente à une clinique dentaire pour un problème dentaire urgent en dehors des heures d'ouverture de l'InfoCentre (du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h).

Si l'enfant satisfait aux exigences d'admissibilité clinique du volet SEU, le fournisseur de soins dentaires doit demander à l'enfant ou au parent/tuteur de remplir et de signer un formulaire de demande d'inscription au volet SEU, ce qui inclut la section portant sur l'attestation des difficultés financières, conformément à la définition contenue dans le formulaire. Ainsi, on s'assure que l'enfant ou son parent/tuteur respecte les critères d'admissibilité du volet SEU et qu'il a donné son consentement pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels aux fins de la prestation et de l'administration du programme Beaux sourires Ontario.

Le jour ouvrable suivant, les fournisseurs doivent soumettre la demande remplie et signée à Accerta. Le jour ouvrable suivant, Accerta avisera le fournisseur de soins dentaires pour confirmer si l'enfant a été admis au volet SEU et pour lui communiquer, le cas échéant, son numéro unique de participant au programme Beaux sourires Ontario. Le fournisseur de soins dentaires soumettra par la suite toute demande d'indemnisation pour des services d'urgence réalisés lors de la visite à l'aide du numéro du client. Une fois l'inscription confirmée, le fournisseur de soins dentaires peut également procéder à tout traitement subséquent urgent ou essentiel. Une carte du programme Beaux sourires Ontario sera postée au client. Le fournisseur de soins dentaires peut également choisir d'informer le client du résultat de sa demande.

Si l'enfant ne satisfait pas aux exigences d'admissibilité clinique du volet SEU, le fournisseur doit faire remplir et signer par l'enfant (le parent ou le tuteur) les Sections 1, 2 et 4 seulement du formulaire de demande au volet SEU.

Le jour ouvrable suivant, les fournisseurs doivent soumettre le formulaire de demande à Accerta. Accerta notifiera le fournisseur le jour ouvrable suivant le numéro unique de l'enfant. Le fournisseur pourra ensuite soumettre une demande d'indemnisation pour un examen urgent ou spécifique.

Pour les enfants et les jeunes déjà inscrits au programme Beaux sourires Ontario (qui présentent une carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario valide) les fournisseurs seront remboursés pour tout service selon les limites décrites dans le Guide. Un examen d'urgence ou un examen particulier, de même que les radiographies, seront également remboursés si l'enfant / le jeune dépasse les limites prévues dans le Guide.

Seul le traitement pour le soulagement de la douleur liée au problème urgent sera couvert avant l'inscription de l'enfant au volet SEU par Accerta. Seuls les services énumérés dans le tableau ci-dessous seront évalués en vue d'un paiement en fonction des frais établis dans le Guide.

Code(s)	Annexes de description	Limite
01205	Examen d'urgence et diagnostic	
02111 02112 02113	Radiographies pérapicales	Maximum de 3 par visite urgente, par patient, par dentiste, par adresse
02131	Radiographies occlusales	Maximum de 1 par visite urgente, par patient, par dentiste, par adresse
02141 02142	Radiographies interproximales	Maximum de 2 par visite urgente, par patient, par dentiste, par adresse
02601	Radiographies panoramiques	Maximum de 1 par visite urgente, par patient, par dentiste, par adresse
20111 20119	Caries/traumatisme/contrôle de la douleur (ablation des lésions carieuses, des restaurations existantes ou des fragments de dents à attache gingivale et insertion d'un pansement sédatif/protecteur, incluant le coiffage pulpaire si nécessaire, comme intervention distincte)	
20121 20129	Caries/traumatisme/contrôle de la douleur (ablation des lésions carieuses, des restaurations existantes ou des fragments de dents à attache gingivale et insertion d'un pansement sédatif/protecteur, incluant le coiffage pulpaire si nécessaire et la mise en place d'une bande de rétention et de soutien comme intervention distincte)	
21111-21115	Restaurations, amalgame, non liées, dents primaires	Des restrictions s'appliquent. Consultez les « Services de restauration » dans le Guide.
21121-21125	Restaurations, amalgame, liées, dents primaires	
21211-21215	Restaurations, amalgame, non liées, prémolaires et antérieures permanentes	

Code(s)	Annexes de description	Limite
21221-21225	Restaurations, amalgame, non liées, molaires permanentes	Des restrictions s'appliquent. Consultez les « Services de restauration » dans le Guide.
21231-21235	Restaurations, amalgame, liées, prémolaires et antérieures permanentes	
21241-21245	Restaurations, amalgame, liées, molaires permanentes	
22201 22211	Restaurations préfabriquées, métal, dents primaires	
22301 22311	Restaurations préfabriquées, métal, dents permanentes	
22401	Restaurations préfabriquées, résine, dents primaires	
22501	Restaurations préfabriquées, résine, dents permanentes	
23401-23405	Restaurations de la même couleur que la dent, dents antérieures primaires, non liées	
23501-23505	Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, dents postérieures primaires, non liées	
23101-23105	Restaurations de la même couleur que la dent, dents antérieures permanentes, non liées	
23211-23215	Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, dents postérieures permanentes, non liées Prémolaires permanentes	
23221-23225	Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, dents postérieures permanentes, non liées Molaires permanentes	
23411-23415	Restaurations de la même couleur que la dent, dents antérieures primaires, liées	

Code(s)	Annexes de description	Limite
23511-23515	Restaurations de la même couleur que la dent, résine, dents postérieures primaires, liées	Des restrictions s'appliquent. Consultez les « Services de restauration » dans le Guide.
23111-23115	Restaurations, dents antérieures permanentes, liées (ne comprend pas les facettes, ni la fermeture de diastème)	
23311-23315	Restaurations de la même couleur que la dent, dents permanentes postérieures, liées – prémolaires permanentes	
23321-23325	Restaurations de la même couleur que la dent, dents permanentes postérieures, liées – molaires permanentes	
32221 32222	Pulpotomie, dents permanentes (intervention d'urgence distincte)	Des restrictions s'appliquent. Consulter la section des « Services d'endodontie » dans le Guide.
32231 32232	Pulpotomie, dents primaires	
32311-32314	Pulpectomie, dents permanentes / dents primaires retenues	
32321 32322	Pulpectomie, dents primaires	
42831	Abcès parodontal ou péri coronarite, peut comprendre une ou plusieurs des interventions suivantes : crevage, détartrage, curetage, chirurgie ou médication	Maximum de 1 par visite urgente, par patient, par dentiste, par adresse
71101 71109	Ablations, dents à éruption complétée, sans complication	
71201 71209	Ablations, dents à éruption complétée, avec complication	
72311 72319	Ablations, racines résiduelles, dents à éruption complétée	
72321 72329	Ablations, racines résiduelles, dents recouvertes de tissus mous	
72331 72339	Ablations, racines résiduelles, dents recouvertes de tissus osseux	

Code(s)	Annexes de description	Limite
75111	Incision chirurgicale et drainage et (ou) exploration, intrabuccale, tissu mou	
76941 76949	Réimplantation, dent(s) avulsée(s) (incluant attelles)	
76951	Repositionnement de dents déplacées par traumatisme	
76961 76962	Réparations, lacérations, non complexes, intra ou extrabuccales	
79602 79604	Soins postopératoires (en raison de complications et de circonstances inhabituelles)	

Une fois l'enfant inscrit au volet SEU, il aura accès à tous les services indiqués dans le *Guide du programme Beaux sourires Ontario*. Les services offerts pendant le rendez-vous d'urgence seront comptés dans les limites prévues dans le Guide du programme Beaux sourires Ontario.

Préautorisations

Les enfants admissibles peuvent obtenir l'accès à des services supplémentaires et (ou) être soumis aux limites prévues dans le Guide. Pour ces services,

« **autorisation préalable requise** » est indiqué dans la colonne « Limite » du Guide. Les critères d'autorisation préalable sont également décrits dans cette même colonne. La préautorisation est requise avant le début du traitement.

Un fournisseur de soins dentaires peut soumettre une demande de préautorisation au moyen d'un formulaire préalable au traitement dentaire standard. Les demandes de préautorisation doivent inclure :

- le nom, l'adresse et le numéro d'identification unique du dentiste;
- la signature ou le timbre du dentiste (sceau de vérification de bureau émis par l'Association dentaire de l'Ontario);
- le nom du client et le numéro de la carte du programme Beaux sourires Ontario;
- les services recommandés (y compris le nombre total d'unités);
- la liste des critères de préautorisation ou les numéros correspondants;
- le cas échéant, une liste des documents à l'appui fournis (p. ex., lettre du médecin ou du spécialiste, etc.).

Les demandes de préautorisation doivent être soumises par le fournisseur à Accerta, avec tous les documents à l'appui. Le fournisseur doit noter les critères de préautorisation sur le formulaire, comme le stipule la colonne « Limite » du Guide.

La demande et les documents justificatifs seront examinés par Accerta. Accerta répondra aux demandes de préautorisation dans les deux jours ouvrables suivant leur réception. Une fois la demande approuvée, les préautorisations sont valables pour une période maximale de 12 mois, à condition que le client demeure admissible et inscrit au programme.

Soumission des demandes d'indemnisation pour soins dentaires

Le dentiste traitant doit soumettre une demande d'indemnisation à Accerta pour obtenir le paiement des services rendus dans le cadre de ce programme. En soumettant une demande d'indemnisation pour ses services en vertu de ce programme, le dentiste est considéré comme ayant accepté de se soumettre aux modalités énumérées dans le présent Guide.

Les demandes d'indemnisation peuvent être envoyées par télécopieur sécurisé ou par voie électronique à Accerta :

AccertaClaim Servcorp Inc.
InfoCentre Beaux sourires Ontario
C.P. 2286, succursale P
Toronto (Ontario)
M5S 3J8

Télécopieur sécurisé : 416 354-2354 ou 1 800 258-3392 (sans frais).

Code d'assureur d'Accerta : 311140

Pour les formulaires de demande d'indemnisation en papier envoyés par la poste, le dentiste traitant doit signer ou estampiller (à l'aide du sceau de vérification de bureau émis par l'Association dentaire de l'Ontario) chaque formulaire de demande d'indemnisation présenté. De plus, les dentistes doivent inscrire leur numéro d'identification unique dans le champ « N° unique » dans la partie du formulaire réservée au dentiste. Le champ « Signature du patient » ne s'applique pas au programme et, par conséquent, ne devrait pas être rempli par le patient. Si vous utilisez le « Formulaire normalisé de demande d'indemnisation des soins dentaires », l'identifiant unique du client qui figure sur la carte du programme Beaux sourires Ontario doit être inscrit dans le champ « N° d'identité du patient » du formulaire. Dans la partie du formulaire intitulée « Renseignements sur l'employé / participant au régime », il faut indiquer « Beaux sourires Ontario » à titre de « N° du régime de groupe ». Le code d'assureur d'Accerta (311140) doit être indiqué dans le champ « N° de division/section ». Le nom du programme (« Beaux sourires Ontario ») doit être indiqué dans le champ « Nom de l'assureur ou du régime ».

Dans le cas des demandes d'indemnisation envoyées par voie électronique, les types de transmission comprennent :

1. La présentation d'une demande de règlement pour des soins dentaires

2. L'annulation d'une demande de règlement pour des soins dentaires

Les réponses envoyées par voie électronique comprennent :

1. L'explication des prestations
 - a. Les résultats du règlement
 - b. Les avis de remboursement partiel ou complet
2. L'accusé de réception
 - a. Un message d'état de réponse indique la raison de la réponse
 - i. La demande d'indemnisation est rejetée en raison d'erreurs (veuillez appeler Accerta au 416 363-3377 ou au 1 877 258-2658 [sans frais] pour obtenir de l'aide).
 - ii. L'assureur a reçu la demande et la conserve pour la traiter ultérieurement.

Le numéro de police/régime principal est celui de Beaux sourires Ontario. Veuillez utiliser le code d'assureur d'Accerta 311140 en l'ajoutant sous opérateur réseau Instream.

Les formulaires de demande d'indemnisation doivent être remplis en utilisant la nomenclature et les codes dentaires internationaux (c.-à-d., la numérotation internationale des dents) établis par la Fédération dentaire internationale (FDI). Les formulaires incomplets comprennent les formulaires comportant des renseignements erronés, illisibles ou manquants. Ces formulaires seront retournés afin que les renseignements soient précisés et (ou) corrigés. S'il est nécessaire de soumettre à nouveau un formulaire de demande d'indemnisation, celui-ci doit clairement porter l'inscription « duplicata ».

Les fournisseurs devraient essayer de présenter leurs demandes d'indemnisation pour un premier traitement dans les **30 jours** suivant la date de prestation des services. Les demandes d'indemnisation doivent être envoyées lorsqu'un traitement est fourni, à l'exception des interventions qui nécessitent de multiples rendez-vous, comme les traitements de canal, pour lesquels les demandes devraient être présentées une fois le traitement terminé.

Accerta, au nom du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, se réserve le droit d'exiger que le fournisseur présente des renseignements supplémentaires pour justifier une demande de règlement, conformément aux lois applicables (y compris, pour plus de certitude, au sujet de demandes d'indemnisation pour lesquelles le paiement peut avoir déjà été fait au moment de la demande).

Les fournisseurs de soins dentaires ne seront pas remboursés pour la facturation rétroactive de services rendus aux enfants avant leur inscription au programme Beaux sourires Ontario, à l'exception d'une liste de services d'urgence précis mentionnés sous le volet SEU (situations après les heures normales et d'urgence).

Si des services sont fournis sans carte de soins dentaires du programme Beaux sourires Ontario valide ou si les services fournis ne sont pas couverts et payés en vertu du programme, conformément au présent Guide, les fournisseurs de services peuvent devoir établir directement les modalités de paiement avec l'enfant ou le parent/tuteur.

Les fournisseurs de services acceptent de rembourser à Accerta ou au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, sur demande, tout montant qui peut avoir été payé à la suite : de demandes frauduleuses, de demandes pour lesquelles les renseignements justificatifs raisonnablement demandés n'ont pas été fournis, de demandes qui ne sont pas présentées conformément aux modalités énoncées dans le présent Guide ou de paiements qui peuvent avoir été faits par erreur.

Traitement et règlement des demandes d'indemnisation

Afin de s'assurer de rembourser le bon praticien et d'envoyer le remboursement à l'adresse correspondant au cabinet, les renseignements ci-dessous sont requis sur tous les formulaires de demande d'indemnisation :

- le nom du dentiste traitant;
- le numéro d'identification unique du dentiste traitant;
- l'adresse du dentiste traitant.

La surfacturation est interdite pour des services couverts et payés en vertu du présent Guide. Un dentiste peut facturer au client ou au parent/tuteur des services non couverts et non payés en vertu du présent Guide.

Les fournisseurs peuvent trouver des renseignements sur les demandes d'indemnisation, les préautorisations et le paiement en accédant au portail Web sécuritaire d'Accerta AccertaWorX à l'adresse <https://accertaworx.accerta.ca>.

AccertaWorX donne également accès à des copies électroniques des guides du programme Beaux sourires Ontario, des formulaires de programme et des bulletins d'information.

Pour avoir accès à AccertaWorX, les fournisseurs de soins dentaires doivent remplir et signer un formulaire de demande. Il est possible d'obtenir des formulaires de demande en communiquant avec Accerta.

Taux de remboursement

Les frais maximums payables pour des services assurés en vertu du programme Beaux sourires Ontario sont énoncés dans le présent Guide. Les fournisseurs ne sont pas autorisés à surfacturer des services couverts et payés en vertu du présent Guide.

Les spécialistes reconnus par l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario seront remboursés au taux de spécialiste avec ou sans aiguillage d'un autre praticien dentaire ou de la santé.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée informera les praticiens si des modifications sont apportées au Guide.

Coordination des prestations

Toute assurance dentaire existante dont les clients bénéficient doit être utilisée avant d'avoir recours au programme Beaux sourires Ontario. De plus, si un service particulier n'est pas couvert dans la grille tarifaire du régime d'assurance privé (p. ex., le patient a épuisé la valeur totale de sa couverture ou son régime offre un service précis à une fréquence/volume moindre), les prestations peuvent être coordonnées.

Fournisseurs de services autorisés

Les enfants et les jeunes peuvent recevoir des services par l'intermédiaire du bureau de santé publique de leur région, d'une clinique dentaire communautaire et (ou) d'un dentiste participant rémunéré à l'acte. Les fournisseurs participants comprennent :

- un dentiste qui est membre en règle de l'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario (ORCDO);
- un hygiéniste dentaire inscrit qui est membre en règle de l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario (OHDO);
- un denturologiste inscrit qui est membre en règle de l'Ordre des denturologistes de l'Ontario (ODO);
- un médecin anesthésiste qui est membre en règle de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Aiguillage vers d'autres fournisseurs et spécialistes

Si un dentiste traitant effectue un examen (avec ou sans radiographies) et aiguille le client vers un autre fournisseur qui offrira tous les traitements, le premier dentiste sera remboursé pour un examen d'urgence ou un examen particulier, de même que pour les radiographies.

Responsabilités de l'administrateur du programme (Accerta)

Accerta est responsable de l'inscription des enfants et des jeunes au programme Beaux sourires Ontario et de l'émission des cartes de soins dentaires pour les clients inscrits. Par ailleurs, Accerta remplace les cartes périmées, perdues ou égarées des clients admissibles, conformément aux politiques du programme.

Accerta examine, traite et règle toutes les demandes d'indemnisation présentées dans le cadre du programme Beaux sourires Ontario. Accerta a la responsabilité de veiller au versement de la rémunération des dentistes traitants qui ont soumis leurs demandes d'indemnisation dûment remplies, dès que cela est raisonnablement possible, et pas plus de trente (30) jours après la réception de la demande ou de la facture lorsqu'aucun suivi, aucune précision et (ou) autre

mesure n'est nécessaire. De plus, Accerta examine, traite et règle toutes les demandes préalablement autorisées, y compris les demandes relatives au Régime de soins dentaires spéciaux (RSDS).

Accerta a également la responsabilité de coordonner les prestations pour les clients et de répondre à diverses questions de la part des clients, de leur famille et des fournisseurs.

Coordonnées de l'administrateur du programme

AccertaClaim Servcorp Inc.
InfoCentre Beaux sourires Ontario
C.P. 2286, succursale P
Toronto (Ontario)
M5S 3J8

Code d'assureur d'Accerta : 311140

Téléphone : 416 363-3377 ou 1 877 258-2658

Télécopieur sécurisé : 416 354-2354 ou 1 877 258-3392

Courriel : HSOInfo@accerta.ca

Les fournisseurs qui souhaitent obtenir des renseignements sur les demandes d'indemnisation, les préautorisations et le paiement peuvent accéder au portail Web sécuritaire d'Accerta AccertaWorX à l'adresse <https://accertaworx.accerta.ca>.

AccertaWorX donne également accès à des copies électroniques des guides du programme Beaux sourires Ontario, des formulaires de programme et des bulletins d'information.

Pour avoir accès à AccertaWorX, les fournisseurs de soins dentaires doivent remplir et signer un formulaire de demande. Il est possible d'obtenir des formulaires de demande en communiquant avec Accerta.

Responsabilités du bureau de santé publique local

Les bureaux de santé publique ont la responsabilité d'aider les enfants et (ou) les familles à s'inscrire au programme Beaux sourires Ontario. Les bureaux de santé publique aideront les enfants et les familles à trouver une clinique dentaire, et veilleront à ce que les jeunes enfants aient leur premier rendez-vous dans les six mois suivant l'éruption de la première dent ou avant qu'ils atteignent un an.

Les bureaux de santé publique ont un rôle à jouer dans le dépistage des enfants et des jeunes ayant besoin de services dentaires, la prestation de services de santé buccodentaire (là où des cliniques existent) et (ou) le soutien aux clients pour trouver des fournisseurs participants.

Les bureaux de santé publique offrent également des services de gestion de cas (p. ex., suivre les enfants à partir du dépistage pour s'assurer du début des traitements) et fournir des services de suivi aux clients et à leur famille, y compris communiquer avec Accerta et les fournisseurs de soins dentaires pour veiller à ce que les clients reçoivent des traitements complets.

Coordonnées des bureaux de santé publique

On peut trouver les coordonnées de tous les bureaux de santé publique sur le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'aide de l'adresse URL suivante : www.ontario.ca/fr/page/obtenir-des-soins-dentaires

Avis de collecte de renseignements personnels

La collecte des renseignements personnels sur la santé et d'autres données recueillies dans le cadre du programme Beaux sourires Ontario s'effectue en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, 1990 et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Ces renseignements sont utilisés aux fins de paiement des demandes d'indemnisation et de gestion du programme. Toute question concernant la collecte de ces renseignements devrait être adressée au bureau de santé publique pertinent (le cas échéant et [ou] s'il est en mesure de répondre), au ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou à Accerta.

Le consentement relatif à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels est fourni dans les formulaires de demande de Beaux sourires Ontario et les Formulaires d'avis au parent. L'obtention de ce consentement autorise le fournisseur de soins dentaires à divulguer les renseignements personnels confidentiels qui figurent sur les formulaires à Accerta, au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et aux bureaux de santé publique aux fins d'exécution du programme.

Confidentialité

Les renseignements personnels sur la santé obtenus des fournisseurs de soins dentaires en vertu de ce programme sont utilisés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Accerta et les bureaux de santé publique locaux pour verser les paiements relatifs aux demandes d'indemnisation et à d'autres fins de gestion de programme. Par conséquent, les fournisseurs de soins dentaires peuvent divulguer des renseignements personnels sur la santé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou à Accerta sans consentement additionnel du patient, conformément aux alinéas 38 (1) b) et 39 (1) b) de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Toute question concernant la collecte de ces renseignements devrait être adressée à Accerta, au bureau de santé publique de votre région (le cas échéant et [ou] s'il est en mesure de répondre) ou à la Ligne INFO de ServiceOntario au 1 866 532-3161 (sans frais) ou au 1 800 387-5559 (ATS sans frais) ou au 416 327-4282 (Toronto seulement).

1. Services de diagnostic

Première consultation dentaire / orientation				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
01011	Examen buccal pour les patients âgés de 3 ans et moins. L'examen comprend : les antécédents médicaux, les antécédents dentaires familiaux, les habitudes alimentaires / pratiques d'alimentation, les habitudes buccales, l'hygiène buccodentaire et l'exposition au fluorure. Conseils d'ordre préventif donnés au parent /tuteur.	27,64	33,17	Maximum de 1 par patient, par dentiste, par adresse
Examen buccal complet et diagnostic				
Un seul examen buccal complet OU examen de rappel par patient, par dentiste et par adresse sera pris en charge pour un même patient au cours d'une période de 6 mois.				
Examen buccal complet et diagnostic, comprenant :				
a) antécédents médicaux et dentaires (anamnèse);				
b) examen et diagnostic cliniques des tissus durs et mous, ciblant notamment les lésions carieuses, les dents absentes, la localisation des poches parodontales et leur profondeur, le contour gingival, la mobilité dentaire, la relation des contacts interproximaux des dents, l'occlusion des dents, l'ATM, les tests/analyses de vitalité pulpaire, si nécessaire, et tout autre élément pertinent à l'examen;				
c) radiographies, en sus, si indiquées.				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
01101	Examen complet et diagnostic, dents primaires, comprenant : examen complet et diagnostic des dents primaires, annotations au dossier de l'anamnèse, élaboration et présentation du plan de traitement auquel auront été intégrées les particularités énumérées plus haut.	38,01	45,62	Un par période de 60 mois, par patient, par dentiste, par adresse.

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
01102	Examen complet et diagnostic, denture mixte, comprenant : a) examen complet et diagnostic de la denture mixte, annotation au dossier de l'anamnèse, élaboration et présentation du plan de traitement auquel auront été intégrées les particularités énoncées plus haut; b) séquence d'éruption, évaluation de la taille des dents et de la mâchoire.	57,01	68,42	Un par période de 60 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
01103	Examen complet et diagnostic; dents permanentes, comprenant : examen complet et diagnostic des dents permanentes, annotation au dossier de l'anamnèse, élaboration et présentation du plan de traitement auquel auront été intégrées les particularités énoncées plus haut.	76,02	91,22	
Examen buccal sommaire et diagnostic				
Un seul examen buccal complet OU examen de rappel par patient, par dentiste et par adresse sera pris en charge pour un même patient au cours d'une période de 6 mois.				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
01202	Examen buccal sommaire et diagnostic, ancien patient (rappel). Examen des tissus durs et mous comprenant la vérification de l'occlusion et des appareils, sans toutefois que soient effectués de tests / d'analyses spécifiques comme dans le cas de l'examen buccal complet.	19,00	22,81	Maximum de 1 par période de 6 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
01204	Examen spécifique et diagnostic, examen et évaluation d'un problème précis	19,00	22,81	Maximum de 1 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
01205	Examen d'urgence et diagnostic Examen et diagnostic d'un malaise et (ou) d'une infection dans une région localisée	19,00	22,81	

RSDS	Examen buccal sommaire et diagnostic				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	01202	Examen buccal sommaire et diagnostic, ancien patient (rappel). Examen des tissus durs et mous, comprenant la vérification de l'occlusion et des appareils, sans toutefois que soient effectués de tests / d'analyses spécifiques comme dans le cas de l'examen buccal complet.	19,00	22,81	Maximum combiné (Beaux sourires Ontario et RSDS) de 4 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).

Radiographies (comprenant les examens radiographiques, le diagnostic et l'interprétation)					
Radiographies pérapicales					
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite	
02111	Une image	13,35	16,02	Maximum de 8 images par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.	
02112	Deux images	16,33	19,60		
02113	Trois images	20,12	24,14		
02114	Quatre images	22,52	27,03		
02115	Cinq images	27,02	32,42		
02116	Six images	30,42	36,50		
02117	Sept images	34,35	41,43		
02118	Huit images	37,78	45,38		
Radiographies occlusales					
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite	
02131	Une image	15,76	18,91	Maximum de 1 image par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.	

Radiographies interproximales				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
02141	Une image	13,35	16,02	Maximum de 2 images par période de 6 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
02142	Deux images	16,33	19,60	
Radiographies panoramiques				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
02601	Une image	31,54	37,85	<p>Maximum de 1 par période de 24 mois, par patient, par dentiste, par adresse, sauf dans les situations d'urgence.</p> <p>Uniquement prises en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en cas de traumatisme facial, lorsque le patient présente des symptômes de fracture de la mâchoire; ou 2. en cas de retard d'éruption considérable; ou 3. lorsqu'il est impossible de poser un diagnostic à partir d'une radiographie périapicale. <p>Un des critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doit figurer au formulaire de demande de règlement aux fins du paiement.</p>

Tests / analyses histopathologiques (intervention technique uniquement)				
Tests / analyses histologiques des tissus mous				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
04311	Biopsie des tissus mous buccaux par ponction + L	38,02	45,62	
04312	Biopsie des tissus mous buccaux par incision + L	38,02	45,62	
Tests / analyses histologiques des tissus durs				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
04321	Biopsie des tissus durs buccaux par ponction + L	88,70	106,44	
04322	Biopsie des tissus durs buccaux par incision + L	88,70	106,44	

2. Services de prévention

Polissage				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
11107	Une demi-unité (7,5 minutes)	12,67	12,67	Maximum de 1 par période de 6 mois, par patient, par dentiste, par adresse

RSDS	Polissage				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	11101	Une unité de temps (15 minutes)	24,64	24,64	Maximum combiné (Beaux sourires Ontario et RSDS) de 3 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).
11107	Une demi-unité de temps (7,5 minutes)	12,67	12,67		

Détartrage				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
11111	Une unité de temps (15 minutes)	38,02	45,62	Maximum de 1 unité par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse, pour les patients de 11 ans et moins. Sur autorisation préalable , jusqu'à 4 unités combinées (détartrage/surfaçage radiculaire) supplémentaires par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
11112	Deux unités (30 minutes)	76,02	91,22	
11113	Trois unités (45 minutes)	114,04	136,85	
11114	Quatre unités (60 minutes)	152,03	182,44	Maximum combiné (détartrage/surfaçage radiculaire) de 2 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse, pour les patients âgés de 12 à 17 ans. Sur autorisation préalable , jusqu'à 4 unités combinées (détartrage/surfaçage radiculaire) supplémentaires par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. Les critères d'autorisation préalable comprennent : 1. la présence de tartre; 2. des signes d'inflammation gingivale; 3. les affections dentaires ou médicales dans lesquelles l'affection des gencives ou la parodontopathie n'est pas réversible par une hygiène buccale adéquate et exigeant le recours à des instruments ou à des traitements cliniques; 4. le nettoyage dentaire demandé par le médecin praticien ou le dentiste du patient avant que ce dernier subisse une importante chirurgie cardiaque, une transplantation ou autre intervention chirurgicale. Les critères (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable. S'il y a lieu, l'affection dentaire ou médicale doit aussi être y être notée.
11117	Une demi-unité (7,5 minutes)	19,00	22,80	

RSDS	Détartrage				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	11111	Une unité de temps (15 minutes)	38,02	45,62	Maximum combiné (détartrage/surfaçage radiculaire) de 12 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse pour le programme Beaux sourires Ontario et le RSDS pris ensemble.
	11112	Deux unités (30 minutes)	76,02	91,22	
	11113	Trois unités (45 minutes)	114,04	136,85	
	11114	Quatre unités (1 heure)	152,03	182,44	L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).
	11115	Cinq unités (75 minutes)	189,63	227,55	
	11116	Six unités (90 minutes)	228,05	273,66	
	11117	Une demi-unité (7,5 minutes)	19,00	22,80	
11119	Chaque unité supplémentaire au-delà de six (15 minutes)	38,01	45,61		

Traitements au fluorure				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
12111	Rinçage	15,21	18,25	Maximum combiné de 4 applications par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
12112	Gel ou mousse	15,21	18,25	
12113	Vernis	15,21	18,25	

RSDS	Traitements au fluorure				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	12111	Rinçage	15,21	18,25	Si indiqué. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 14 pour plus de détails).
	12112	Gel ou mousse	15,21	18,25	Si indiqué. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 14 pour plus de détails).
12113	Vernis	15,21	18,25	Si indiqué. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 14 pour plus de détails).	

RSDS	Fluorure, gouttières personnalisées (application à la maison)				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	12601	Fluorure, gouttière personnalisée – Arcade maxillaire + L	38,01	38,01	Si indiqué. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).
12602	Fluorure, gouttière personnalisée – Arcade mandibulaire + L	38,01	38,01		

Services de prévention, divers				
Scellants des puits et fissures (préparation mécanique et [ou] chimique comprise)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
13401	Première dent	15,97	15,97	La prise en charge est limitée aux molaires permanentes (16, 26, 36, 46 et 17, 27, 37, 47). Aucun remplacement n'est pris en charge pendant une période de 1 an.
13409	Chaque dent supplémentaire du même quadrant	8,77	8,77	
Application topique d'un agent antimicrobien ou reminéralisant aux lésions des tissus durs				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
13601	Une unité de temps (15 minutes) + E	30,47	35,57	Maximum de 2 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse E = compris dans les honoraires.

RSDS	Application topique d'agents antimicrobiens ou reminéralisants aux tissus durs				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	13601	Une unité de temps (15 minutes) + E	30,47	35,57	Si indiqué. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails). E = compris dans les honoraires.

Protège-dents (appareil de protection)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
14502	Protège-dents, personnalisé + L	63,35	63,35	Maximum de 1 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.

RSDS	Appareils parodontaux (y compris les appareils pour contrôler le bruxisme); comprend les moulages pour confection d'appareils, la mise en bouche et l'ajustement au moment de la mise en bouche (aucun ajustement après mise en bouche)				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	14611	Appareil maxillaire + L	152,03	182,44	Si indiqué.
14612	Appareil mandibulaire + L	152,03	182,44	L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).	

3. Services de restauration

Les honoraires de restauration en amalgame ou de la même couleur que la dent sont déterminés en fonction du nombre total de surfaces restaurées. Le maximum autorisé pour les restaurations en amalgame ou de la même couleur que la dent sont limités à cinq surfaces par dent.

Quand des actes distincts de restauration en amalgame ou de la même couleur que la dent sont réalisés sur une même dent pendant la même séance, le remboursement est calculé en comptant le nombre total de surfaces restaurées. Il sera limité à cinq surfaces par dent, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois, sauf lorsqu'une restauration s'avère nécessaire pour refermer l'ouverture d'accès après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme ayant entraîné une fracture de la restauration et (ou) de la structure dentaire avoisinante. Le dentiste traitant doit indiquer sur le formulaire de demande d'indemnisation des frais dentaires que le traitement s'imposait en raison d'un traumatisme.

Le paiement des restaurations sur les dents primaires ne doit pas excéder le coût de restaurations complètes en acier inoxydable ou en polycarbonate. Dans le cas de restaurations en amalgame ou de la même couleur que la dent où cette limite serait atteinte, une prestation de remplacement équivalente au coût des codes 22201, 22211 et 22401 est offerte aux fins de règlement.

Les couronnes et les tenons radiculaires coulés ne sont couverts que pour les dents permanentes et les dents primaires conservées. Maximum d'une couronne et tenon radiculaire coulé par dent à vie.

1. Incisives primaires : Pour les enfants de 5 ans et plus, le montant maximal payable pour des services de restauration des incisives primaires est équivalent au coût d'une restauration temporaire (codes 20111, 20119, 20121 ou 20129 sous Caries, traumatisme et contrôle de la douleur), sauf dans des circonstances cliniques particulières (p. ex., en l'absence de dents définitives permanentes, lorsque l'éruption est fortement retardée ou lorsqu'il reste plus de la moitié de la structure radiculaire).

2. Premières molaires primaires : Pour les enfants de 10 ans et plus, le montant maximal payable pour des services de restauration des premières molaires primaires est équivalent au coût d'une restauration temporaire (codes 20111, 20119, 20121 ou 20129 sous Caries, traumatisme et contrôle de la douleur), sauf dans des circonstances cliniques particulières (p. ex., en l'absence de dents définitives permanentes, lorsque l'éruption est fortement retardée ou lorsqu'il reste plus de la moitié de la structure radiculaire).

3. Canines et deuxièmes molaires primaires : Pour les enfants de 11 ans et plus, le montant maximal payable pour des services de restauration des canines et deuxièmes molaires primaires est équivalent au coût d'une restauration temporaire (codes 20111, 20119, 20121 ou 20129 sous Caries, traumatisme et contrôle de la douleur), sauf dans des circonstances cliniques particulières (p. ex., en l'absence de dents définitives permanentes, lorsque l'éruption est

fortement retardée ou lorsqu'il reste plus de la moitié de la structure radulaire).

4. Surfaces dentaires : La prise en charge sera limitée à une seule restauration de surface (ou pose de tenon) par période de 12 mois, sauf lorsqu'une restauration s'avère nécessaire pour refermer l'ouverture d'accès après un traitement radulaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme ayant entraîné une fracture de la restauration et (ou) de la structure dentaire avoisinante. Le dentiste traitant doit indiquer sur le formulaire de demande d'indemnisation des frais dentaires que le traitement s'imposait en raison d'un traumatisme.

Caries, traumatisme et contrôle de la douleur				
Caries / traumatisme / contrôle de la douleur (ablation des lésions carieuses, des restaurations existantes ou des fragments de dents à attache gingivale et insertion d'un pansement sédatif/protecteur, incluant le coiffage pulpaire si nécessaire, comme intervention distincte)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
20111	Première dent	31,68	38,02	
20119	Chaque dent supplémentaire du même quadrant	31,68	38,02	
Caries/traumatisme/contrôle de la douleur (ablation des lésions carieuses, des restaurations existantes ou des fragments de dents à attache gingivale et insertion d'un pansement sédatif/protecteur, incluant le coiffage pulpaire si nécessaire et la mise en place d'une bande de rétention et de soutien comme intervention distincte)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
20121	Première dent	31,68	38,02	
20129	Chaque dent supplémentaire du même quadrant	31,68	38,02	

Restaurations, amalgame				
Restaurations, amalgame, non liées, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21111	Une surface	25,34	30,41	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 21115, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
21112	Deux surfaces	55,49	66,59	
21113	Trois surfaces	63,35	76,02	
21114	Quatre surfaces	76,02	91,22	
21115	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	76,02	91,22	
Restaurations, amalgame, liées, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21121	Une surface	25,35	30,42	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 21125, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
21122	Deux surfaces	55,51	66,61	
21123	Trois surfaces	63,35	76,02	
21124	Quatre surfaces	76,02	91,22	
21125	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	76,02	91,22	
Restaurations, amalgame, non liées, prémolaires et antérieures permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21211	Une surface	25,35	30,42	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 21215, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
21212	Deux surfaces	55,51	66,61	
21213	Trois surfaces	63,35	76,02	
21214	Quatre surfaces	76,02	91,22	
21215	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	76,02	91,22	

Restaurations, amalgame, non liées, molaires permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21221	Une surface	31,68	38,02	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 21225, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
21222	Deux surfaces	63,35	76,02	
21223	Trois surfaces	79,34	95,21	
21224	Quatre surfaces	79,34	95,21	
21225	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	79,34	95,21	
Restaurations, amalgame, liées, prémolaires et antérieures permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21231	Une surface	25,35	30,42	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 21235, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
21232	Deux surfaces	55,51	66,61	
21233	Trois surfaces	63,35	76,02	
21234	Quatre surfaces	76,02	91,22	
21235	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	76,02	91,22	
Restaurations, amalgame, liées, molaires permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21241	Une surface	31,68	38,02	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 21245, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
21242	Deux surfaces	63,35	76,02	
21243	Trois surfaces	79,34	95,21	
21244	Quatre surfaces	79,34	95,21	
21245	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	79,34	95,21	

Tenons, par restauration (en vue des restaurations en amalgame et des restaurations de la même couleur que la dent)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21401	Un tenon	10,91	13,09	
21402	Deux tenons	18,20	21,84	
21403	Trois tenons	24,28	29,14	
21404	Quatre tenons	24,28	29,14	
21405	Cinq tenons ou plus	24,28	29,14	
Tenons radiculaires préfabriqués + E				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
25731	Un tenon + E	80,97	101,02	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspidés; et 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p> <p>E = compris dans les honoraires.</p>

Restaurations préfabriquées / protection complète				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
Restaurations préfabriquées, métal, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
22201	Dent antérieure primaire	95,02	114,03	
22211	Dent postérieure primaire	95,02	114,03	
Restaurations préfabriquées, métal, dents permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
22301	Dent antérieure permanente	95,02	114,03	
22311	Dent postérieure permanente	95,02	114,03	
Restaurations préfabriquées, résine, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
22401	Dent antérieure primaire	95,02	114,03	
Restaurations préfabriquées, résine, dents permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
22501	Dent antérieure permanente	95,02	114,03	
Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent				
Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, non liées				
Restaurations de la même couleur que la dent, dents antérieures primaires, non liées				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23401	Une surface	44,34	53,22	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23405, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23402	Deux surfaces (continues)	57,01	68,42	
23403	Trois surfaces (continues)	79,34	95,21	
23404	Quatre surfaces (continues)	79,34	95,21	
23405	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	79,34	95,21	

Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, dents postérieures primaires, non liées				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23501	Une surface	44,34	53,22	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23505, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23502	Deux surfaces	79,34	95,21	
23503	Trois surfaces	87,17	104,60	
23504	Quatre surfaces	95,02	114,03	
23505	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	95,02	114,03	
Restaurations de la même couleur que la dent, dents antérieures permanentes, non liées				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23101	Une surface	44,34	53,22	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23105, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23102	Deux surfaces (continues)	57,01	68,42	
23103	Trois surfaces (continues)	87,17	104,60	
23104	Quatre surfaces (continues)	87,17	104,59	
23105	Cinq surfaces (continues ou nombre maximal de surfaces par dent)	97,56	117,07	

Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, dents postérieures permanentes, non liées				
Prémolaires permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23211	Une surface	44,34	53,22	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23215, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23212	Deux surfaces	79,32	95,21	
23213	Trois surfaces	87,17	104,60	
23214	Quatre surfaces	104,66	125,58	
23215	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	104,66	125,58	
Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, dents postérieures permanentes, non liées				
Molaires permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23221	Une surface	50,68	60,82	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23225, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23222	Deux surfaces	87,17	104,60	
23223	Trois surfaces	95,02	114,03	
23224	Quatre surfaces	114,04	136,85	
23225	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	114,04	136,85	

Restaurations de la même couleur que la dent, liées				
Restaurations de la même couleur que la dent, dents antérieures primaires, liées				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23411	Une surface	50,68	60,82	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23415, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23412	Deux surfaces (continues)	63,35	76,02	
23413	Trois surfaces (continues)	87,17	104,60	
23414	Quatre surfaces (continues)	87,17	104,60	
23415	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	87,17	104,60	
Restaurations de la même couleur que la dent, résine, dents postérieures primaires, liées				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23511	Une surface	50,68	60,82	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23515, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23512	Deux surfaces	87,17	104,60	
23513	Trois surfaces	95,02	114,03	
23514	Quatre surfaces	95,02	114,03	
23515	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	95,02	114,03	
Restaurations, dents antérieures permanentes, liées (ne comprend pas les facettes, ni la fermeture de diastème)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23111	Une surface	50,68	60,82	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23115, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23112	Deux surfaces (continues)	63,35	76,02	
23113	Trois surfaces (continues)	95,02	114,03	
23114	Quatre surfaces (continues)	95,02	114,03	
23115	Cinq surfaces (continues ou nombre maximal de surfaces par dent)	106,44	127,73	

Restaurations de la même couleur que la dent, dents permanentes postérieures, liées – prémolaires permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23311	Une surface	50,68	60,82	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23315, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23312	Deux surfaces	87,17	104,60	
23313	Trois surfaces	95,02	114,03	
23314	Quatre surfaces	114,04	136,85	
23315	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	114,04	136,85	
Restaurations de la même couleur que la dent, dents permanentes postérieures, liées – molaires permanentes				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23321	Une surface	57,01	68,42	Le maximum payable par dent, par patient, par dentiste, par adresse, par période de 12 mois est celui associé au code 23325, sauf lorsque l'ouverture d'accès doit être refermée après un traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme.
23322	Deux surfaces	95,02	114,03	
23323	Trois surfaces	102,88	123,46	
23324	Quatre surfaces	123,66	148,39	
23325	Cinq surfaces ou nombre maximal de surfaces par dent	123,66	148,39	

Restaurations, reconstitutions coronaires en amalgame				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
21301	Restaurations, reconstitutions coronaires en amalgame non liées, conjointement à une couronne ou à un ancrage de pont fixe	114,04	118,40	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspidés; et 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p>

Restaurations de la même couleur que la dent, résine avec/sans limaille d'argent, reconstitutions coronaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
23602	Restauration de la même couleur que la dent, liée, reconstitution coronaire, conjointement à une couronne ou à un ancrage de pont fixe	114,04	139,42	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspidés; et 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p>

Pivots				
Pivots préfabriqués, avec reconstitution coronaire non liée pour couronne ou ancrage de pont fixe [y compris un ou des pivots, le cas échéant] + E				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
25751	Un pivot, avec reconstitution coronaire en amalgame non liée et tenon(s) + E	114,04	136,85	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspides; <p>et</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p> <p>E = compris dans les honoraires.</p>

Pivots préfabriqués, avec reconstitutions coronaires liées pour couronne ou ancrage de pont fixe [y compris un ou des tenons, le cas échéant] + E				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
25764	Un pivot avec reconstitution coronaire en composite liée et tenon(s) + E	126,16	151,39	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspidés; et 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p> <p>E = compris dans les honoraires.</p>

Couronnes, unités simples (seulement)				
Couronnes, acrylique/composite/compomère, indirecte				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
27113	Couronne, acrylique/composite/compomère, provisoire (long terme), indirecte (fabrication en laboratoire / regarnie par voie intraorale) + L	95,02	114,02	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Les critères d'autorisation préalable comprennent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspidés; et 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p>

Couronnes, acrylique/composite/compomère, directe				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
27121	Couronne, acrylique/composite/compomère, directe, provisoire (réalisée en cabinet) + E	126,70	152,04	<p>Seules les dents permanentes sont couvertes.</p> <p>Maximum de 1 par dent à vie.</p> <p>Autorisation préalable requise. Les critères d'autorisation préalable comprennent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la dent a subi un traitement radiculaire; 2. la dent est fracturée; ou 3. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspides; <p>et</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 5. le patient a une bonne hygiène dentaire; 6. dans l'ensemble, la bouche est saine; 7. le pronostic pour la dent est favorable. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable.</p> <p>E = compris dans les honoraires.</p>

RSDS	Couronnes, unités simples (seulement)				
	Couronnes, porcelaine / céramique / verre polymère lié au métal				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	27211	Couronne, porcelaine / céramique / verre polymère lié à une base de métal + L	443,43	532,12	Maximum de 1 couronne par dent à vie. Les honoraires pour les couronnes sur les dents postérieures se limiteront aux coûts d'une couronne en métal coulé.
	27215	Couronne, porcelaine / céramique / verre polymère lié à une base de métal, supportée par des implants + L +E	354,74	425,69	L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).
Couronnes, métal coulé					
27301	Couronne, métal coulé + L	364,88	437,86	Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable : <ol style="list-style-type: none"> 1. le patient dépend de sa dentition pour utiliser un appareil actionné par la bouche (p. ex., un fauteuil roulant); 2. la dent a subi un traitement radiculaire; 3. la dent est fracturée; ou 4. la dent a subi d'importantes restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspides; et 5. la structure dentaire saine est suffisamment haute; 6. le pronostic pour la dent est favorable. Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable. E = compris dans les honoraires.	

4. Services endodontiques

Pulpotomie				
Si les services sont fournis sur une période de trois mois par le même dentiste, le montant maximal remboursable, pour toute combinaison de pulpotomie, de pulpectomie et de traitement radiculaire se limitera à la valeur du traitement radiculaire.				
Pulpotomie, dents permanentes (intervention d'urgence distincte)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
32221	Dents antérieures et prémolaires	63,35	76,02	Maximum de 1 par dent à vie.
32222	Molaires	114,04	136,85	
Pulpotomie, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
32231	Dents primaires, intervention distincte	63,35	76,02	Maximum de 1 par dent à vie.
32232	Dents primaires, conjointement avec les restaurations (mais n'incluant pas la restauration finale)	31,68	38,02	
Pulpectomie (intervention d'urgence ou prélude à la préparation du système canalaire en vue de l'obturation)				
Si les services sont fournis sur une période de trois mois par le même dentiste, le montant maximal remboursable, pour toute combinaison de pulpotomie, de pulpectomie et de traitement radiculaire se limitera à la valeur du traitement radiculaire.				
Pulpectomie, dents permanentes / dents primaires retenues				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
32311	Un canal	63,35	76,02	Maximum de 1 par dent à vie.
32312	Deux canaux	76,02	91,22	
32313	Trois canaux	114,04	136,85	
32314	Quatre canaux ou plus	132,71	159,64	
Pulpectomie, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
32321	Dent antérieure	63,35	76,02	Maximum de 1 par dent à vie.
32322	Dent postérieure	63,35	76,02	

Traitement radiculaire

Ce traitement comprend notamment : le plan de traitement et les interventions cliniques (c.-à-d., la pulpectomie, la préparation biomécanique, le traitement chimiothérapeutique et l'obturation) y compris les radiographies pertinentes, mais excluant la restauration finale. Toute restauration temporaire nécessaire est également incluse dans le traitement radiculaire. Ce traitement exclut : l'examen et le diagnostic préopératoire, les radiographies et les tests diagnostics et la restauration finale.

Un seul traitement radiculaire est remboursable par dent.

1. Incisives primaires : Pour les enfants de 6 ans et plus, le montant maximal payable pour des services endodontiques sur les incisives primaires est équivalent au coût d'une restauration temporaire (codes 20111, 20119, 20121 ou 20129 sous Caries, traumatisme et contrôle de la douleur), sauf dans des circonstances cliniques particulières (p. ex., en l'absence de dents définitives permanentes).

2. Premières molaires primaires : Pour les enfants de 10 ans et plus, le montant maximal payable pour des services endodontiques sur les premières molaires primaires est équivalent au coût d'une restauration temporaire (codes 20111, 20119, 20121 ou 20129 sous Caries, traumatisme et contrôle de la douleur), sauf dans des circonstances cliniques particulières (p. ex., en l'absence de dents définitives permanentes).

3. Canines et deuxièmes molaires primaires : Pour les enfants de 11 ans et plus, le montant maximal payable pour des services endodontiques sur les canines et deuxièmes molaires primaires est équivalent au coût d'une restauration temporaire (codes 20111, 20119, 20121 ou 20129 sous Caries, traumatisme et contrôle de la douleur), sauf dans des circonstances cliniques particulières (p. ex., en l'absence de dents définitives permanentes).

Si les services sont fournis sur une période de trois mois par le même dentiste, le montant maximal remboursable, pour toute combinaison de pulpotomie, de pulpectomie et de traitement radiculaire se limitera à la valeur du traitement radiculaire.

Canaux radiculaires, dents permanentes / dents primaires retenues

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
33111	Un canal	253,39	304,07	Maximum de 1 par dent à vie.
33121	Deux canaux	316,74	380,09	
33131	Trois canaux	494,11	592,93	
33141	Quatre canaux ou plus	570,13	684,14	

Canaux radiculaires, dents primaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
33401	Un canal	95,02	145,33	Maximum de 1 par dent à vie.
33402	Deux canaux	132,92	192,48	
33403	Trois canaux ou plus	132,92	192,48	
Apexification/apexogénèse/induction de la réparation des tissus durs (comprend la préparation biomécanique et l'insertion des matériaux dentinogéniques)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
33601	Un canal	228,05	273,66	Maximum de 1 apexification et de 1 traitement radiculaire par dent à vie.
33602	Deux canaux	304,07	364,88	
33603	Trois canaux	380,08	456,10	
33604	Quatre canaux ou plus	456,48	516,55	
Réinsertion de matériaux dentinogéniques, par séance				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
33611	Un canal	76,01	91,21	
33612	Deux canaux	95,02	114,02	
33613	Trois canaux	114,04	136,85	
33614	Quatre canaux ou plus	114,04	205,28	
Apectomie / curetage apical				
Dents antérieures maxillaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
34111	Une racine pour les dents antérieures permanentes	221,72	266,06	Maximum de 1 par dent à vie.
Dents antérieures mandibulaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
34141	Une racine pour les dents antérieures permanentes	221,72	266,06	Maximum de 1 par dent à vie.

Obturation rétrograde				
Dents antérieures maxillaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
34211	Une racine pour les dents antérieures permanentes	44,34	53,22	Maximum de 1 par dent à vie.
Dents antérieures mandibulaires				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
34241	Une racine pour les dents antérieures permanentes	44,34	53,22	Maximum de 1 par dent à vie.

5. Services parodontaux

Gestion des services parodontaux et des affections buccales non chirurgicales				
Manifestations buccales, maladies de la muqueuse buccale, maladies cutané-muqueuses et affections des muqueuses localisées, p. ex., le lichen plan, la stomatite aphteuse, le pemphigoïde muqueux bénin, le pemphigus, les tumeurs des glandes salivaires, la leucopénie avec ou sans dysplasie, les tumeurs, la leucoplasie orale chevelue, les polypes, les verrues, les fibromes, etc.				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
41211	Une unité de temps (15 minutes)	38,01	45,61	
41212	Deux unités (30 minutes)	76,02	91,22	
Manifestations buccales liées à une maladie systémique ou à des complications d'une thérapie médicale, p. ex., les complications de la chimiothérapie, de la radiothérapie, de neuropathies postopératoires, de thérapies postopératoires ou de la radiothérapie; dysfonctionnement; manifestations orales du lupus érythémateux et d'une maladie systémique y compris la leucémie, le diabète et les troubles de saignement (p. ex., l'hémophilie).				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
41231	Une unité de temps (15 minutes)	38,01	45,61	
41232	Deux unités (30 minutes)	76,02	91,22	

Services de chirurgie parodontale (y compris l'anesthésique local, les sutures ainsi que la mise en place et le retrait du pansement chirurgical initial. Un champ opératoire est une région qui subit une ou des interventions chirurgicales. Cette région comprend un quadrant ou un sextant en entier ou encore un groupe de dents et dans certains cas une seule dent).				
Chirurgie parodontale, gingivectomie (intervention par laquelle des malformations gingivales sont redressées et réduites afin de créer une forme normale et fonctionnelle, si le poche est non complexe en raison d'un prolongement dans l'os sous-jacent).				
Gingivectomie, non complexe				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
42311	Par sextant	199,68	239,62	Maximum de 6 différents sextants par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. La couverture se limite aux cas d'hyperplasie gingivale directement liée à un médicament ou à un syndrome héréditaire précis. Inscrire le médicament ou le syndrome sur le formulaire de demande de règlement des frais dentaires.

RSDS	Chirurgie parodontale, greffes, tissus mous					
	Remarque : Instructions sur l'utilisation des codes Greffes, tissus mous libres – les greffes de tissus mous libres qui concernent deux dents adjacentes dans le même sextant exécutées au cours du même rendez-vous sont considérées comme une greffe unique, un champ unique.					
	Greffes, tissus mous, pédicule (y compris un glissement apical ou latéral et des lambeaux en rotation)					
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite	
	42511	Par champ	266,06	319,27	Au besoin pour améliorer le pronostic concernant la denture. Remarque : Indiquer le ou les champs opératoires sur le formulaire de demande d'indemnisation des soins dentaires. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails). E = compris dans les honoraires.	
	Greffes, tissus mous, pédicule (positionné coronairement)					
	42521	Par champ	266,06	319,27		
	Greffes, tissus mous libres					
	42531	Par champ	266,06	319,27		
	Greffes (pour couverture des racines ou des implants)					
42551	Autogreffe (tissu conjonctif libre) pour couverture des racines. Comprend le prélèvement de la zone donneuse, champ par champ	380,08	456,10			
Greffes (pour couverture des racines ou des implants)						
42552	Allogreffes pour couverture des racines, par champ + E	278,73	339,37			
Greffes (pour augmentation de la crête)						
42561	Par champ	380,08	456,10			

Chirurgie parodontale, diverses interventions				
Abcès parodontal ou péri coronarite, peut comprendre une ou plusieurs des interventions suivantes : crevage, détartrage, curetage, chirurgie ou médication				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
42831	Une unité de temps (15 minutes)	38,01	45,61	Maximum de 3 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse Non remboursé le même jour de service que le détartrage et (ou) le surfaçage radiculaire (codes 11111-11114 et 11117 ou 43421-43424 et 43427).

Surfaçage radiculaire, périodontie				
Surfaçage radiculaire				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
43421	Une unité de temps (15 minutes)	38,01	45,61	<p>Maximum combiné (détartrage/surfaçage radiculaire) de 2 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse, pour les patients âgés de 12 à 17 ans.</p> <p>Sur autorisation préalable, jusqu'à 4 unités combinées (détartrage/surfaçage radiculaire) supplémentaires par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.</p> <p>Les critères d'autorisation préalable comprennent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la présence de tartre; 2. des signes d'inflammation gingivale; 3. les affections dentaires ou médicales dans lesquelles l'affection des gencives ou la parodontopathie n'est pas réversible par une hygiène buccale adéquate et exigeant le recours à des instruments ou à des traitements cliniques; 4. le nettoyage dentaire demandé par le médecin praticien ou le dentiste du client avant que ce dernier subisse une importante chirurgie cardiaque, une transplantation ou autre intervention chirurgicale. <p>Les critères (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable. S'il y a lieu, l'affection dentaire ou médicale doit aussi être notée.</p>
43422	Deux unités (30 minutes)	76,02	91,22	
43423	Trois unités (45 minutes)	114,03	136,83	
43424	Quatre unités (60 minutes)	152,03	182,44	
43427	Une demi-unité (7,5 minutes)	19,00	22,81	

RSDS	Surfaçage radiculaire				
	Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
	43421	Une unité de temps (15 minutes)	38,01	45,61	Maximum combiné (détartrage) de 12 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse pour le programme Beaux sourires Ontario et le RSDS pris ensemble. L'enfant / le jeune doit satisfaire aux critères du RSDS et y être inscrit (voir « Régime de soins dentaires spéciaux » à la page 13 pour plus de détails).
	43422	Deux unités (30 minutes)	76,02	91,22	
	43423	Trois unités (45 minutes)	114,03	136,83	
	43424	Quatre unités (1 heure)	152,03	182,44	
	43425	Cinq unités de temps (75 minutes)	189,63	227,55	
	43426	Six unités de temps (90 minutes)	228,05	273,66	
	43427	Une demi-unité de temps (7,5 minutes)	19,00	22,81	
43429	Chaque unité de temps additionnelle après six (15 minutes)	38,01	45,61		

6. Prothèses amovibles

Les prothèses partielles sont assurées uniquement pour le remplacement des dents antérieures permanentes (13-23 et 33-43).				
Prothèses complètes (comprenant : prise d'empreintes, dossiers initial et final de rapport entre les maxillaires, dossiers d'évaluation d'essai et de vérification, mise en bouche et ajustements, incluant trois mois de soins après la mise en bouche)				
Prothèses complètes standard				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
51101	Maxillaire + L	418,10	501,72	Indiquez la raison pour laquelle des prothèses complètes sont requises, si elle est connue (p. ex., traumatisme, caries) sur le formulaire de demande d'indemnisation.
51102	Mandibulaire + L	532,11	638,53	
Prothèses partielles en acrylique				
Prothèses partielles amovibles, acrylique, avec des crochets et (ou) appuis en métal façonné/coulé				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
52301	Maxillaire + L	304,07	364,88	Pour le remplacement des dents antérieures permanentes seulement (13-23 et 33-43). Énumérez les dents manquantes et indiquez la raison de leur remplacement, si elle est connue (p. ex., traumatisme, caries) sur le formulaire de demande d'indemnisation.
52302	Mandibulaire + L	304,07	364,88	
Prothèses, ajustements (après trois mois suivant la mise en bouche ou par un dentiste autre que celui ayant fourni la prothèse)				
Prothèses partielles ou complètes, ajustements mineurs (après trois mois suivant la mise en bouche ou par un dentiste autre que celui ayant fourni la prothèse)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
54201	Une unité de temps (15 minutes) + L	31,68	38,02	

Prothèses, réparations ou ajouts				
Prothèses complètes, réparation, prise d'empreintes non requise				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
55101	Maxillaire + L	15,97	19,16	
55102	Mandibulaire + L	15,97	19,16	
Prothèses complètes, réparation, prise d'empreintes requise				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
55201	Maxillaire + L	31,68	38,02	
55202	Mandibulaire + L	31,68	38,02	
Prothèses partielles, réparation, prise d'empreintes non requise				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
55301	Maxillaire + L	15,97	19,16	
55302	Mandibulaire + L	15,97	19,16	
Prothèses partielles, réparation, prise d'empreintes requise				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
55401	Maxillaire + L	31,68	38,02	
55402	Mandibulaire + L	31,68	38,02	

Prothèses, duplication, provisoire				
Prothèse complète, regarnissage autopolymérisant				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
56211	Maxillaire + L	108,67	134,36	Maximum de 1 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
56212	Mandibulaire + L	108,67	175,96	
Prothèse partielle, regarnissage autopolymérisant				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
56221	Maxillaire + L	86,01	148,04	Maximum de 1 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
56222	Mandibulaire + L	86,01	150,64	
Prothèse complète, regarnissage en laboratoire				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
56231	Maxillaire + L	126,70	152,04	Maximum de 1 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
56232	Mandibulaire + L	158,37	190,04	
Prothèse partielle, regarnissage en laboratoire				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
56241	Maxillaire + L	126,70	152,04	Maximum de 1 par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.
56242	Mandibulaire + L	126,70	152,04	

7. Prosthodontie – fixe

Les prothèses fixes sont assurées uniquement pour le remplacement des dents antérieures permanentes (13-23 et 33-43).				
Pontiques, pont				
Pontiques, porcelaine/céramique/verre polymère				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
62501	Pontiques, porcelaine/céramique/verre polymère Fusionnés au métal + L	219,60	263,52	Énumérez les dents manquantes et indiquez la raison de leur remplacement, si elle est connue (p. ex., traumatisme, caries) sur le formulaire de demande d'indemnisation.
Pontiques, acrylique/composite/compomère				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
62701	Pontiques, acrylique/composite/compomère Liés au métal + L	175,94	211,13	Énumérez les dents manquantes et indiquez la raison de leur remplacement, si elle est connue (p. ex., traumatisme, caries) sur le formulaire de demande d'indemnisation.
Réparations, réinsertion/recimentation				
Réparations, réinsertion/recimentation (+ L quand des frais de laboratoire sont imputés pour la réparation du pont)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
66301	Une unité de temps (15 minutes) + L	38,02	45,62	
Rétenteurs, métal coulé				
Rétenteurs, onlay, métal coulé (rétention externe / recouvrement partiel, liés – p. ex., pont Maryland)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
67341	P – Rétenteurs, onlay, métal coulé, avec ou sans perforations, liés à la dent pilier (pontique en plus) + L	95,02	114,02	Énumérez les dents manquantes et indiquez la raison de leur remplacement, si elle est connue (p. ex., traumatisme, caries) sur le formulaire de demande d'indemnisation.

8. Chirurgie buccale et maxillo-faciale

Les services chirurgicaux suivants comprennent l'anesthésie locale, l'ablation du surplus de tissu gingival, les sutures et un traitement postopératoire au besoin. Il peut inclure un quadrant, un sextant, un groupe de dents ou dans certains cas, une seule dent.

Les extractions requises pour les traitements d'orthodontie NE sont PAS assurées. L'extraction des troisièmes molaires est couverte uniquement dans les cas suivants :

1. caries dentaires avancées; et (ou)
2. péri coronarites répétées; et (ou)
3. maladie du follicule; et (ou)
4. résorption externe ou interne de la dent ou de la dent adjacente.

Pour que le paiement soit considéré dans le cas de l'extraction d'une ou de plusieurs prémolaires ou de plus d'une troisième molaire en une même visite, il faut qu'au moins un critère parmi ceux énumérés ci-dessus figure au formulaire de demande d'indemnisation (le fait d'indiquer le code correspondant est acceptable).

Ablations, (extractions), dents à éruption complétée				
Ablations, dents à éruption complétée, sans complication				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
71101	Une dent, sans complication	38,02	45,62	
71109	Chaque dent additionnelle, même quadrant, même visite	19,00	22,81	
Ablations, dents à éruption complétée, avec complication				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
71201	Odontectomie (extraction), dent ayant fait éruption, approche chirurgicale, nécessitant un lambeau et (ou) le sectionnement de la dent	88,70	106,44	
71209	Chaque dent additionnelle, même quadrant	88,70	106,44	

Ablations, dents incluses, recouvertes de tissus mous				
Ablations, dents incluses, nécessitant l'incision des tissus mous recouvrant la dent et l'ablation de la dent				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72111	Une dent	88,70	106,44	
72119	Chaque dent additionnelle, même quadrant	88,70	106,44	
Ablations, dents incluses, recouvertes de tissus mous ou osseux				
Ablations, dents incluses, nécessitant l'incision des tissus mous recouvrant la dent, avec lambeau, et SOIT l'ablation de tissus osseux, SOIT le sectionnement de la dent pour l'ablation				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72211	Une dent	133,04	159,65	
72219	Chaque dent additionnelle, même quadrant	133,04	159,65	
Ablations, dents incluses, nécessitant l'incision des tissus mous recouvrant la dent, avec lambeau, l'ablation de tissus osseux ET le sectionnement de la dent pour l'ablation				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72221	Une dent	177,37	212,84	
72229	Chaque dent additionnelle, même quadrant	177,37	212,84	
Ablations, dents incluses, nécessitant l'incision des tissus mous recouvrant la dent, avec lambeau, l'ablation de tissus osseux ET (OU) le sectionnement de la dent pour l'ablation, ET (OU) présentant des difficultés ou des situations inhabituelles				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72231	Une dent	202,71	243,25	
72239	Chaque dent additionnelle, même quadrant	202,71	243,25	
Ablations (extractions), racines résiduelles				
Remarque : Une racine résiduelle se définit comme étant la portion restante d'une racine provenant d'une extraction antérieure.				
Ablations, racines résiduelles, dents à éruption complétée				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72311	Première dent	38,02	45,62	
72319	Chaque dent additionnelle, même quadrant	38,02	45,62	

Ablations, racines résiduelles, dents recouvertes de tissus mous				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72321	Première dent	76,02	91,22	
72329	Chaque dent additionnelle, même quadrant	76,02	91,22	
Ablations, racines résiduelles, dents recouvertes de tissus osseux				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
72331	Première dent	88,70	106,44	
72339	Chaque dent additionnelle, même quadrant	88,70	106,44	
Excisions chirurgicales, tumeurs, bénignes				
Tumeurs bénignes, tissu cicatriciel, lésions inflammatoires ou congénitales des tissus mous de la cavité buccale				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
74111	1 cm et moins	133,04	159,65	
74112	1 à 2 cm	144,08	172,90	
74113	2 à 3 cm	155,11	186,13	
Excision chirurgicale, kystes/granulomes (selon la taille)				
Excision de kyste				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
74631	1 cm et moins	133,04	159,65	
74632	1 à 2 cm	144,08	172,90	
74633	2 à 3 cm	155,11	186,13	
Incision chirurgicale et drainage et (ou) exploration, intrabuccale				
Incision chirurgicale et drainage et (ou) exploration, intrabuccale, tissu mou				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
75111	Exploration chirurgicale, tissu mou intrabuccal	38,02	45,62	
Fractures, réductions, dents avulsées				
Réimplantation, dent(s) avulsée(s) (incluant attelles)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
76941	Réimplantation, première dent	88,70	106,44	
76949	Chaque dent additionnelle	88,70	106,44	

Repositionnement de dents déplacées par traumatisme				
Remarque : Le code d'intervention 76951 comprend la pose d'une attelle				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
76951	Une unité de temps (15 minutes)	31,68	38,01	
Réparations, lacérations, non complexes, intra ou extrabuccales				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
76961	2 cm ou moins	44,34	53,22	
76962	2 à 4 cm	44,34	53,22	
Soins postopératoires (en raison de complications et de circonstances inhabituelles)				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
79602	Soins postopératoires mineurs, par un autre dentiste que le dentiste traitant	19,32	23,18	
79604	Soins postopératoires majeurs, par un autre dentiste que le dentiste traitant	46,01	55,21	

9. Services généraux complémentaires

Un maximum de 10 unités de toute combinaison des techniques anesthésiques/sédatives énumérées ci-dessous sont couvertes pour toute période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. Les unités additionnelles requièrent une préautorisation et seront couvertes uniquement dans les cas où le client a besoin de plus d'une visite pour compléter le traitement dentaire. Les dentistes peuvent avoir à soumettre des dossiers de sédation.

Seule une sédation soit parentérale soit par protoxyde d'azote est prise en charge pour chaque patient le jour où les soins lui sont prodigués.

Si un médecin anesthésiste procède à l'anesthésie générale, le dentiste traitant doit indiquer le nom du médecin dans la case « Commentaires » du formulaire de demande d'indemnisation (aux fins de recoupement avec la facture du médecin). Les médecins anesthésistes doivent adresser la facture des services prodigués directement au programme.

Anesthésie générale (comprend les évaluations préanesthésiques et postanesthésiques et le suivi postanesthésique)

L'anesthésie générale requiert une inscription auprès de l'ORCDO et un permis d'établissement : Un état de perte de conscience provoqué médicalement pendant lequel le patient ne peut être réveillé, même par stimulation douloureuse. Les patients ont souvent besoin d'assistance pour maintenir la fonction respiratoire. La capacité de ventilation indépendante est souvent affectée. Il peut alors être nécessaire d'administrer une ventilation à pression positive.

Anesthésie générale

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92212	Deux unités de temps (30 minutes)	112,04	134,45	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable . Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable.
92213	Trois unités (45 minutes)	142,72	171,27	
92214	Quatre unités (60 minutes)	173,40	208,08	
92215	Cinq unités (75 minutes)	204,09	244,91	
92216	Six unités (90 minutes)	234,76	281,71	
92217	Sept unités (105 minutes)	265,44	318,53	
92218	Huit unités (120 minutes)	296,11	355,34	
92219	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	28,99	34,79	

Remarque : Le matériel, les installations et les services de soutien liés à l'anesthésie générale peuvent être fournis par le médecin généraliste qui administre le traitement, par le praticien qui administre l'anesthésie générale ou par un praticien qui n'administre ni le traitement ni l'anesthésie générale. Un dentiste qui fournit le traitement dentaire, l'anesthésie générale et l'installation ne peut pas utiliser les codes suivants.

Prestation d'installations, de matériel et de services de soutien pour une anesthésie générale lorsque celle-ci est administrée par un praticien différent.

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92222	Deux unités de temps (30 minutes)	38,84	46,61	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse.
92223	Trois unités (45 minutes)	58,26	69,91	
92224	Quatre unités (60 minutes)	77,66	93,20	
92225	Cinq unités (75 minutes)	97,07	116,49	Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable .
92226	Six unités (90 minutes)	116,48	139,78	
92227	Sept unités (105 minutes)	135,89	163,07	
92228	Huit unités (120 minutes)	155,32	186,38	Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable.
92229	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	20,76	24,91	

Anesthésie, sédation profonde				
<p>La sédation profonde requiert une inscription auprès de l'ORCDO et un permis d'établissement : Un état de perte de conscience pendant lequel le patient ne peut être éveillé facilement, mais peut répondre intentionnellement* à la suite de stimulation répétée ou douloureuse. Les patients peuvent avoir besoin d'assistance pour maintenir la fonction respiratoire. L'aptitude du patient à contrôler ses voies respiratoires peut être affectée et la ventilation spontanée peut être inadéquate.</p> <p>* La réaction instinctive à la douleur n'est pas considérée comme une réponse intentionnelle.</p>				
<p>Anesthésie, sédation profonde (état contrôlé d'une perte de conscience accompagnée d'une perte partielle des réflexes protecteurs incluant la capacité de répondre aux commandes verbales. Cet état s'applique à toute technique qui situe le patient dans un stade plus avancé que la sédation consciente mis à part l'anesthésie générale. Toute technique intraveineuse menant le patient vers cet état, y compris la neuroleptanalgie / l'anesthésie, serait classée dans cette catégorie de service) (incluant l'évaluation préanesthésique et le suivi postanesthésique).</p>				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92302	Deux unités de temps (30 minutes)	103,43	124,12	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse.
92303	Trois unités (45 minutes)	134,11	160,93	
92304	Quatre unités (60 minutes)	164,79	197,75	
92305	Cinq unités (75 minutes)	195,47	234,56	Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable .
92306	Six unités (90 minutes)	226,15	271,38	
92307	Sept unités (105 minutes)	256,83	308,20	
92308	Huit unités (120 minutes)	287,52	345,02	
92309	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	28,99	34,79	
				Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable.

Anesthésie, sédation consciente				
Anesthésie, sédation consciente				
<p>Sédation consciente (sédation minimale) : Un état provoqué médicalement pendant lequel le patient répond normalement aux commandes verbales. Bien que les fonctions cognitives et la coordination puissent être touchées, les fonctions respiratoire et cardiovasculaire demeurent non affectées.</p> <p>La sédation consciente (sédation modérée) requiert l’inscription auprès de l’ORCDO et un permis d’établissement : Un état de perte de conscience provoqué médicalement pendant lequel le patient répond intentionnellement* aux commandes verbales, de manière indépendante ou à la suite d’une stimulation tactile légère. Aucune intervention n’est requise pour maintenir le contrôle des voies respiratoires et la ventilation spontanée est adéquate.</p> <p>* La réaction instinctive à la douleur n’est pas considérée comme une réponse intentionnelle.</p> <p>Toute technique menant à ces conditions chez un patient est incluse dans cette catégorie de services. La sédation consciente est une technique variée qui peut nécessiter divers degrés de surveillance, conformément aux lignes directrices de l’ORCDO dans le cadre de l’utilisation de la sédation et de l’anesthésie générale dans la médecine dentaire.</p>				
Protoxyde d’azote – Le temps est calculé de la mise en place au retrait de l’appareil d’inhalation.				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92411	Une unité de temps (15 minutes)	16,98	20,38	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse.
92412	Deux unités de temps (30 minutes)	29,66	35,59	
92413	Trois unités (45 minutes)	42,34	50,81	
92414	Quatre unités (60 minutes)	55,02	66,02	
92415	Cinq unités (75 minutes)	67,70	81,24	Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable .
92416	Six unités (90 minutes)	80,38	96,44	
92417	Sept unités (105 minutes)	93,03	111,64	
92418	Huit unités (120 minutes)	105,72	126,85	Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d’autorisation préalable.
92419	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	13,98	16,78	

Sédation orale – sédation suffisante pour nécessiter des soins de surveillance.

Remarque : Le temps est calculé à compter du début de la surveillance du patient jusqu'à ce qu'elle ne soit plus nécessaire et que le patient soit physiquement apte à obtenir son congé. Conformément à la norme de l'ORDCO relative à la sédation minimale / modérée, la surveillance comprend l'observation clinique continue du degré de conscience et l'évaluation des signes vitaux, dont la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène et la respiration, avant, pendant et après la chirurgie avec les documents appropriés.

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92421	Une unité de temps (15 minutes)	29,30	35,15	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse.
92422	Deux unités de temps (30 minutes)	42,17	50,60	
92423	Trois unités (45 minutes)	55,03	66,04	
92424	Quatre unités (60 minutes)	67,90	81,48	
92425	Cinq unités (75 minutes)	80,77	96,62	Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable .
92426	Six unités (90 minutes)	95,66	114,79	
92427	Sept unités (105 minutes)	110,75	132,89	
92428	Huit unités (120 minutes)	125,83	151,00	Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable.
92429	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	12,94	18,94	

Protoxyde d'azote avec sédation orale – Le temps est calculé de l'administration du protoxyde d'azote à la sortie du patient de la salle de traitement/réveil.

Remarque : Pour le procédé combiné, le temps doit être calculé à compter du début de la surveillance du patient OU de la mise en place de l'appareil respiratoire, selon la première éventualité. Le temps se termine lorsque la surveillance n'est plus nécessaire et que le patient est physiquement apte à obtenir son congé.

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92431	Une unité de temps (15 minutes)	26,50	31,80	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse.
92432	Deux unités de temps (30 minutes)	46,32	55,58	
92433	Trois unités (45 minutes)	66,13	79,36	
92434	Quatre unités (60 minutes)	85,96	103,15	
92435	Cinq unités (75 minutes)	105,76	126,91	Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable .
92436	Six unités (90 minutes)	125,60	150,72	
92437	Sept unités (105 minutes)	136,06	163,27	
92438	Huit unités (120 minutes)	165,23	198,28	Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable.
92439	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	19,57	23,48	

Sédation consciente parentérale (quelle que soit la méthode – intramusculaire ou intraveineuse)

Remarque : Le temps doit être calculé à compter de l'évaluation préopératoire du patient jusqu'à ce qu'à ce que la surveillance ne soit plus nécessaire et que le patient soit physiquement apte à obtenir son congé. Le temps ne comprend pas la mise en place ou la désinstallation de la salle opératoire.

Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
92441	Une unité de temps (15 minutes)	56,05	67,26	Maximum de 10 unités par période de 12 mois par patient, par dentiste, par adresse.
92442	Deux unités de temps (30 minutes)	80,10	96,12	
92443	Trois unités (45 minutes)	104,17	125,00	
92444	Quatre unités (60 minutes)	128,24	153,89	
92445	Cinq unités (75 minutes)	152,32	182,78	Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable .
92446	Six unités (90 minutes)	176,39	211,67	
92447	Sept unités (105 minutes)	200,47	240,56	
92448	Huit unités (120 minutes)	224,54	269,45	Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable.
92449	Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes)	25,76	30,91	

Procédures de laboratoire				
<p>Codes utilisés conjointement avec la désignation « + L » et « + E » à la suite des codes précis dans le présent Guide.</p> <p>Au moment de remplir les formulaires de demande d'indemnisation de la tierce partie, ces codes doivent suivre immédiatement le code d'intervention dentaire effectuée par le dentiste, de façon à correspondre aux dépenses de laboratoire s'y rattachant.</p>				
Code	Description	Généralistes	Spécialistes	Limite
99111	« + L » Procédures de laboratoire commercial (un laboratoire commercial se définit comme une entreprise privée qui fournit des services de laboratoire et qui impute des frais aux cabinets dentaires pour chacun des services rendus)	I.C.	I.C.	99111 et 99333 sont couverts conjointement avec les codes portant la mention + L. Le montant figurant sur la facture sera acquitté en entier. Les frais de laboratoire doivent figurer immédiatement sous chaque code d'intervention auquel ils correspondent.
99222	Le laboratoire impute des frais de service de biopsie orale en conjonction avec les services chirurgicaux des séries de codes 30000, 40000 et 70000	I.C.	I.C.	
99333	« + L » Procédures de laboratoire dans le cabinet dentaire même (un laboratoire dans la clinique dentaire même se définit comme un laboratoire de services au sein de la même unité administrative)	I.C.	I.C.	
99555	« + E » Dépenses supplémentaires de matériel	S.O.	S.O.	Les coûts du matériel pour les services applicables sont inclus dans les frais.