

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 2017

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 | 10 |
| Volet Services de base | 10 |
| Volet Soins essentiels et d'urgence (volet SEU) | 11 |
| Durée de l'admissibilité | 12 |
| Volet Services de base | 12 |
| Volet Soins essentiels et d'urgence | 13 |
| Vérification de l'admissibilité : Carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario | 13 |
| Volet Services de base | 13 |
| Volet Soins essentiels et d'urgence | 13 |
| Régime de soins dentaires spéciaux | 14 |
| Consultations aux urgences après les heures normales de travail | 16 |
| Préautorisations | 20 |
| Soumission des demandes d'indemnisation pour soins dentaires | 21 |
| Traitement et règlement des demandes d'indemnisation | 23 |
| Taux de remboursement | 24 |
| Coordination des prestations | 24 |
| Fournisseurs de services autorisés | 24 |
| Aiguillage vers d'autres fournisseurs et spécialistes | 25 |
| Responsabilités de l'administrateur du programme (Accerta) | 25 |
| Coordonnées de l'administrateur du programme | 25 |
| Responsabilités du bureau de santé publique local | 26 |
| Coordonnées des bureaux de santé publique | 26 |
| 1. Services de diagnostic | 28 |
| 2. Services de prévention | 33 |
| 3. Services de restauration | 40 |
| 4. Services endodontiques | 60 |
| 5. Services parodontaux | 64 |
| 6. Prothèses amovibles | 70 |

| | |
|--|----|
| 7. Prosthodontie – fixe..... | 73 |
| 8. Chirurgie buccale et maxillo-faciale..... | 75 |
| 9. Services généraux complémentaires | 79 |

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, des restaurations perdues ou une pathologie.

ET (OU)

Services essentiels : Le patient présente un traumatisme, 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.

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;
- l'infection est définie comme des abcès ou de l'enflure et (ou) des affections aiguës des gencives nécessitant une attention immédiate (p. ex., gingivite ulcéro-nécrotique, de même que toute affection purulente des gencives qui causerait des états gingivaux anormaux ou extrêmes);
- l'hémorragie est définie comme une perte de sang soudaine ou importante associée à un traumatisme ou à un accident;
- le traumatisme est défini comme une blessure aux tissus durs ou mous;
- en vertu de ce programme, les caries sont définies comme des lésions carieuses ouvertes dans la dentine susceptibles d'entraîner chez l'enfant, si elles ne sont pas traitées, un état de négligence dentaire en vertu duquel il pourrait être aiguillé vers une société d'aide à l'enfance aux termes de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*. Les lésions devraient être suffisamment évidentes pour que le parent ou le tuteur les voie facilement;
- les affections parodontales sont définies comme des affections des structures du parodonte (gencive et [ou] os) non réversibles par une hygiène buccale adéquate et exigeant le recours à des instruments ou à des traitements cliniques;
- une pathologie est définie comme toute affection pathologique précise des tissus durs ou mous par rapport à laquelle des examens plus approfondis sont recommandés, ou des anomalies ou pathologies du développement potentiellement graves.

II. Admissibilité financière

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

OU

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

- l'incapacité de payer le loyer / l'hypothèque advenant qu'un traitement dentaire soit demandé;
- l'incapacité de payer les comptes du ménage advenant qu'un traitement dentaire soit demandé;
- l'incapacité d'acheter des denrées alimentaires pour la famille advenant qu'un traitement dentaire soit demandé;
- l'obligation, pour la famille, de faire appel aux services d'une banque alimentaire advenant qu'un traitement dentaire soit demandé.

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 11, ci-après.
- 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/healthysmiles (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.

Healthy
smiles
Ontario

Beaux
sourires
Ontario

JANE DOE

123456

CLIENT ID / No. D'IDENTIFICATION DU CLIENT

YYYY - MM - DD

EXPIRY DATE / DATE D'EXPIRATION

HSO

PLAN ID / No. D'IDENTIFICATION DU RÉGIME



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.

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.

Providers: For EDI claims, please submit to Accerta using Carrier ID 311140

Fournisseurs : Veuillez soumettre les demandes d'échange de données informatisées (EDI) à Accerta au moyen du No d'identification du titulaire 311140.

Questions?

Des Questions?



1.844.296.6306 TTY 1.800.387.5559



ontario.ca/healthysmiles ontario.ca/beauxsourires

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 (12101)
- 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).

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, y compris 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.

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 | |
| 21121-21125 | Restaurations, amalgame, liées, dents primaires | Des restrictions s'appliquent. Consultez les « Services de restauration » dans le Guide. |
| 21211-21215 | Restaurations, amalgame, non liées, prémolaires et antérieures permanentes | |

| Code(s) | Annexes de description | Limite |
|----------------|--|--------|
| 21221-21225 | Restaurations, amalgame, non liées, molaires permanentes | |
| 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 | |
| 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 Servicorp 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 préautorisation 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. |

| | | | | |
|-------|---|-------|-------|--|
| 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 | |
| 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 | | | | | |
| 02131 | Une image | 15,76 | 18,91 | Maximum de 1 image par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. | |
| Radiographies interproximales | | | | | |
| 02141 | Une image | 13,35 | 16,02 | Maximum de 2 images par | |

| | | | | |
|-------|-------------|-------|-------|--|
| 02142 | Deux images | 16,33 | 19,60 | période de 6 mois, par patient, par dentiste, par adresse. |
|-------|-------------|-------|-------|--|

| 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 | | | | |
| 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) |
| 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 | |
| 11117 | Une demi-unité (7,5 minutes) | 19,00 | 22,80 | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>radiculaire) supplémentaires par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.</p> <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. 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; |
|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>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.</p> <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 y être notée.</p> |
|--|--|--|--|--|

| 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 | | |

| Fluorure | | | | |
|-----------------|---|--------------|--------------|---|
| Code | Description | Généralistes | Spécialistes | Limite |
| 12101 | Traitement au fluorure, application topique | 15,21 | 18,25 | Maximum de 4 applications par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse. |

| RSDS | Fluorure | | | | |
|------|----------|---|--------------|--------------|--|
| | Code | Description | Généralistes | Spécialistes | Limite |
| | 12101 | Traitement au fluorure, application topique | 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 13 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 | + L Protège-dents, personnalisé | 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 14 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 radiculaire).

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 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.

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) | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 |
| 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 | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | 12 mois précédents OU en cas de traumatisme. |
|--|--|--|--|--|

| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 |
| 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 | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme. |
|--|--|--|--|--|

| 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; <p>et</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. la structure dentaire saine est suffisamment haute; |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>5. le patient a une bonne hygiène dentaire;</p> <p>6. dans l'ensemble, la bouche est saine;</p> <p>7. le pronostic pour la dent est favorable.</p> <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 | | | | |
| 22201 | Dent antérieure primaire | 95,02 | 114,03 | |
| 22211 | Dent postérieure primaire | 95,02 | 114,03 | |
| Restaurations préfabriquées, métal, dents permanentes | | | | |
| 22301 | Dent antérieure permanente | 95,02 | 114,03 | |
| 22311 | Dent postérieure permanente | 95,02 | 114,03 | |
| Restaurations préfabriquées, résine, dents primaires | | | | |
| 22401 | Dent antérieure primaire | 95,02 | 114,03 | |
| Restaurations préfabriquées, résine, dents permanentes | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 |
| 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 | |

| | | | | traitement radiculaire, quand la dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme. |
|--|--|--------------|--------------|---|
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 |
| 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 | |

| | | | | dent a été restaurée dans les 12 mois précédents OU en cas de traumatisme. |
|--|--|--------------|--------------|---|
| 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 | | | | |
| 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; <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</p> |

| | | | | d'indiquer le code correspondant est acceptable) doivent figurer au formulaire de demande d'autorisation préalable. |
|---|--|--------------|--------------|--|
| 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 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; |

| | | | | <p>7. le pronostic pour la dent est favorable.</p> <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 |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>est suffisamment haute;</p> <p>5. le patient a une bonne hygiène dentaire;</p> <p>6. dans l'ensemble, la bouche est saine;</p> <p>7. le pronostic pour la dent est favorable.</p> <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> <p>1. la dent a subi un traitement radiculaire;</p> <p>2. la dent est fracturée; ou</p> <p>3. la dent a subi d'importantes</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>restaurations et présente un risque élevé de fractures des cuspidés;</p> <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> |
|--|--|--|--|---|

| 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</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>requisite. 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; <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> |
|--|--|--|---|

| 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 cuspidés; <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 | <p>Autorisation préalable requise. Critères d'autorisation préalable :</p> <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. <p>Les critères ci-dessus (le fait d'indiquer le</p> | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
|------------------------------------|---|--------------|--------------|------------------------------|
| Code | Description | Généralistes | Spécialistes | Limite |
| Dents antérieures maxillaires | | | | Maximum de 1 par dent à vie. |
| 34111 | Une racine pour les dents antérieures permanentes | 221,72 | 266,06 | |
| Dents antérieures mandibulaires | | | | |
| 34141 | Une racine pour les dents antérieures permanentes | 221,72 | 266,06 | |

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

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). | | | | |
| 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 | <p>Maximum de 6 différents sextants par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse</p> <p>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.</p> |

| RSDS | Chirurgie parodontale, greffes, tissus mous | | | | |
|--|---|---|--------------|--------------|---|
| | Code | Description | Généralistes | Spécialistes | Limite |
| | Greffes, tissus mous, pédicule (y compris un glissement apical ou latéral et des lambeaux en rotation) | | | | 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. |
| | 42511 | Par champ | 266,06 | 319,27 | |
| | Greffes, tissus mous, pédicule (positionné coronairement) | | | | 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. |
| | 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 | |
| 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 péricoronarite, 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 | <p>Maximum de 3 unités par période de 12 mois, par patient, par dentiste, par adresse.</p> <p>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).</p> |

| 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> |
| 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 | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <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 y être notée.</p> |
|--|--|--|--|

| 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 | | | | | |
| 55201 | Maxillaire + L | 31,68 | 38,02 | | |
| 55202 | Mandibulaire + L | 31,68 | 38,02 | | |
| Prothèses partielles, réparation, prise d'empreintes non requise | | | | | |
| 55301 | Maxillaire + L | 15,97 | 19,16 | | |
| 55302 | Mandibulaire + L | 15,97 | 19,16 | | |
| Prothèses partielles, réparation, prise d'empreintes requise | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 56221 | Maxillaire + L | 86,01 | 148,04 | | |
| 56222 | Mandibulaire + L | 86,01 | 150,64 | | |
| Prothèse complète, regarnissage en laboratoire | | | | | |
| 56231 | Maxillaire + L | 126,70 | 152,04 | | |

| | | | | |
|--|------------------|--------|--------|--|
| 56232 | Mandibulaire + L | 158,37 | 190,04 | |
| Prothèse partielle, regarnissage en laboratoire | | | | |
| 56241 | Maxillaire + L | 126,70 | 152,04 | |
| 56242 | Mandibulaire + L | 126,70 | 152,04 | |

7. Prothodontie – 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | | | |
|---|--|-------|--------|--|
| 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 | | | | |
| 76951 | Une unité de temps (15 minutes) | 31,68 | 38,01 | |
| Réparations, lacérations, non complexes, intra ou extrabuccales | | | | |
| 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 |
| 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 | Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable . |
| 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 | Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | inscrites sur les demandes d'autorisation préalable. |
|--|--|--|--|--|

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 | |
| 92229 | Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes) | 20,76 | 24,91 | Les raisons justifiant les unités additionnelles doivent être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable. |

| 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 | |
| 92306 | Six unités (90 minutes) | 226,15 | 271,38 | Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable . |
| 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 | | | | |
| 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 peuvent être touchées, les fonctions respiratoire et cardiovasculaire demeurent non affectées. | | | | |
| 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. | | | | |
| * La réaction instinctive à la douleur n'est pas considérée comme une réponse intentionnelle. | | | | |
| 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. | | | | |
| 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 | Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable . |
| 92415 | Cinq unités (75 minutes) | 67,70 | 81,24 | |
| 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.

| | | | | |
|-------|--|--------|--------|--|
| 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 |
| 92439 | Chaque unité additionnelle après huit (15 minutes) | 19,57 | 23,48 | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | être inscrites sur les demandes d'autorisation préalable. |
|--|--|--|--|---|

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 | Les unités additionnelles requièrent une autorisation préalable . |
| 92445 | Cinq unités (75 minutes) | 152,32 | 182,78 | |
| 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 | | | | |
|--|--|--------------|--------------|---|
| Codes utilisés conjointement avec la désignation « + L » et « + E » à la suite des codes précis dans le présent Guide. | | | | |
| 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. | | | | |
| 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. |